

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatría



**INGRESO NO CONSENTIDO:
MERMA DE LA CAPACIDAD DE OBRAR**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Mónica Rodríguez Merino

Bajo la dirección de los doctores

**María Inés López-Ibor Alcocer
Juan José Arechederra Aranzadi**

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatría



**INGRESO NO CONSENTIDO:
MERMA DE LA CAPACIDAD DE OBRAR**

TESIS DOCTORAL

Mónica Rodríguez Merino

Bajo la dirección de los doctores

María Inés López-Ibor Alcocer
Juan José Arechederra Aranzadi

Madrid, 2015

Agradecimientos

Mi reconocimiento y estima a la Dra. María Inés López-Ibor Alcocer, por ser la impulsora de este proyecto y aliento en su desarrollo.

Mi agradecimiento al Dr. Juan José Arechederra Aranzadi, por su compromiso, apoyo y paciencia en cada una de las fases del trabajo realizado.

Gracias a todos los que con su cariño, en la cotidianidad, han hecho que resulte más liviano.

Mi infinita gratitud a los que con su amor le dan sentido a este esfuerzo.

Índice

Acrónimos.....	11
Resumen	15
Summary	25
Introducción	35
I. Fundamentación ética del consentimiento informado.....	35
II. Fundamentación normativa del consentimiento informado.....	39
III. La capacidad de obrar	40
IV. La capacidad de obrar en el ámbito de la salud.....	42
V. Habilidades relacionadas con la capacidad de obrar	43
VI. Evaluación de la capacidad de obrar	45
VII. Herramientas de evaluación de la capacidad de obrar	46
VIII. La enfermedad mental, síntomas psiquiátricos y la capacidad de obrar ..	55
IX. Capacidad de consentir ingreso hospitalario. Internamiento involuntario..	58
Trastornos psicóticos	62
Trastornos del humor.....	69
Trastornos mentales orgánicos	71
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropas	73
Trastornos de la conducta alimentaria	74
Trastornos de personalidad	75
Hipótesis y Objetivos	79
Material y Métodos.....	83

Tipo de diseño, período y ámbito de estudio.....	83
Consideraciones éticas.....	83
Selección de la población	84
Recogida de datos	85
Materiales	85
Variables de estudio.....	89
Análisis estadístico	91
Resultados.....	97
I. Cohorte de ingresos consentidos y no consentidos.....	97
II. Cohorte de ingresos no consentidos	113
Análisis descriptivo de los factores sociodemográficos	113
Análisis descriptivo de las variables psicopatológicas	116
Comparaciones apareadas de las dimensiones factoriales.....	139
Correlaciones variables psicopatológicas	148
Correlación severidad sintomática con días de ingreso.....	157
Comparación de las dimensiones factoriales según género.....	158
Comparación de las dimensiones factoriales según grupo diagnóstico.....	160
Análisis exploratorio factorial	163
Gráficos Forest plot	170
Discusión.....	173
I. Cohorte de ingresos total.....	177
Variable edad	178
Variable género.....	180
Variable días de ingreso	181
Variable categoría diagnóstica.....	182

II. Cohorte de ingresos no consentidos	187
Contextualización	188
Comparación análisis factorial	192
Síntomas psiquiátricos que menoscaban la capacidad de consentir ingreso	198
Análisis de preponderancia sintomática	204
Correlaciones sintomáticas de la merma de la capacidad de consentir ingreso ...	209
Síntomas psiquiátricos y merma de la capacidad de consentir ingreso	212
Limitaciones	223
Conclusiones.....	227
Anexos.....	231
Anexo I: Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, 17 de diciembre de 1991, 46/119, Asamblea General – Cuadragésimo sexto período de sesiones (Naciones Unidas, 1991).....	231
Principio 16. Admisión Involuntaria.	235
Anexo II: Recomendación No. R (83) 2 del Comité de Ministros para los Estados Miembros relacionado con la protección legal de las personas que sufren trastornos mentales ingresadas de forma involuntaria (Grupo de Trabajo sobre Psiquiatría y Derechos Humanos, 1983).	237
Anexo III: Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Boletín Oficial del Estado, 1999).	243

Anexo IV. La Ley 41/2002, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, 2002).....	245
Anexo V. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763. (Boletín Oficial del Estado BOE-A-2000-323) (Boletín Oficial del Estado, 2000).	251
Anexo VI: Categorías diagnósticas según criterios CIE 10.	253
Anexo VII. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica. Brief Psychiatric Rating Scale. BPRS.....	257

Acrónimos

BPRS	Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
GAF	Evaluación Global del Funcionamiento
IC	Intervalo de confianza
MacCAT-CA	Entrevista MacArthur Competence Assessment Tool – Criminal Adjudication
MacSAC-CD	Entrevista MacArthur Competence Assessment Tool – Criminal Defendants
MacCAT-CR	Entrevista MacArthur Competence Assessment Tool – Clinical Research
MacCAT-T	Entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment
MMSE	Mini Examen del Estado Mental (Mini Mental State Exam)
OR	Odds Ratio
OMS	Organización Mundial de la Salud
PANSS	Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (Positive and Negative Syndrome Scale)
WAIS	Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (Wechsler Adult Intelligence Scale)

RESUMEN

Resumen

Introducción

La obtención del consentimiento informado por parte de los profesionales de la salud es un precepto de cumplimiento ineludible desde una perspectiva deontológica sometido a requerimientos jurídicos. Los valores que deben gobernar la práctica profesional sanitaria desde una perspectiva bioética son “no maleficencia”, “justicia”, “beneficencia” y “autonomía”, sustrato de los principios de voluntariedad, información y autonomía que rigen la relación médico paciente.

La obtención del consentimiento informado precisa de la conservación de las capacidades necesarias para la toma de decisión, entendiendo por éstas las aptitudes cognitivas, volitivas y afectivas, que permiten al paciente comprender su realidad sanitaria, valorar las distintas alternativas terapéuticas, decidir voluntariamente, sin coacción externa, y con conciencia de los beneficios terapéuticos y riesgos que la recomendación terapéutica implica, para una posterior expresión de dicha decisión, sea verbal o no. Es lo que se conoce como la capacidad de obrar.

Los profesionales sanitarios, concretamente vinculados al mundo de la salud mental, desempeñan un rol y actividad relevante y decisivo en la determinación de la capacidad de tomar decisiones del paciente, ajustándose al marco jurídico. El Derecho recoge que un paciente es capaz de otorgar el consentimiento informado cuando tiene entendimiento y voluntad suficientes; en cambio no especifica criterios objetivos o prácticas de evaluación.

La capacidad de obrar ha sido descrita como un constructo dinámico conformado por cuatro criterios básicos, la habilidad para entender la información, apreciar la relevancia de la información contextualizada, razonar y promediar entre los beneficios y riesgos de toda posible decisión, y expresar una elección. Todo ello contextualizado en unas demandas funcionales determinadas.

Las alteraciones psicopatológicas pueden vulnerar estas habilidades, si bien el padecimiento de un trastorno mental no deriva inexorablemente en la merma de las mismas. La autonomía y autogobierno del paciente debe compensarse con la protección ante decisiones perjudiciales procedentes del menoscabo de la capacidad decisional.

Las circunstancias sanitarias en las que debe explorarse la capacidad para tomar decisiones de un paciente son, entre otras, la participación en una investigación, la realización de procedimientos diagnósticos o el rechazo de una recomendación terapéutica. El internamiento en instituciones hospitalarias psiquiátricas es una las circunstancias clínicas que precisa evaluación de la capacidad de consentir. En caso de que el paciente no pueda proporcionar el consentimiento informado, deberá comunicarse a instancias judiciales como garante del respeto a los principios de voluntariedad, autonomía e información.

Para proceder al ingreso no consentido se requiere la constatación de que el paciente padece un trastorno mental grave, ya sea transitorio o permanente. Además debe carecer de autonomía, presentar afección de su capacidad de juicio o la situación clínica debe comportar un grave riesgo para sí mismo o para terceros. Por todo ello, el internamiento debe ser congruente con el estado de salud de la persona y debe ser reevaluado periódicamente para conseguir una óptima asistencia dentro de la mínima limitación de los derechos humanos.

Inicialmente, la evaluación de la capacidad de obrar para asistir a estas particulares condiciones clínicas se realizó mediante la exploración y diagnóstico de los trastornos mentales. Posteriormente se evaluó con instrumentos de medición de los síntomas psiquiátricos. En los últimos años, para evaluar la capacidad decisional se puede proceder al examen específico de las habilidades psicoleales constituyentes y definitorias que confirmen el deterioro funcional de las mismas.

Los pacientes afectos de trastorno psicótico son más propensos a padecer merma de la capacidad decisional, concretamente el grupo diagnóstico trastorno esquizofrénico. También se ha evidenciado que pacientes afectos de otras entidades clínicas pueden presentar menoscabo de la capacidad para consentir tratamiento.

Los síntomas psicóticos son las alteraciones psicopatológicas más fuertemente vinculados a la merma de la capacidad de consentir internamiento hospitalario. Se ha confirmado que los síntomas positivos merman la capacidad de autogobierno, concretamente la habilidad de entendimiento, y en menor grado, el razonamiento y la apreciación. El deterioro cognitivo, los síntomas negativos y la desorganización conceptual han adquirido mayor significación en el menoscabo de la capacidad de obrar. De esta forma, los síntomas cognitivos en pacientes afectos de un trastorno psicótico crónico son factores predictores del deterioro de la capacidad decisional, principalmente la habilidad de entendimiento y razonamiento, atendiendo a la alteración de las funciones cognoscitivas como el aprendizaje, memoria, capacidad de abstracción, flexibilidad cognitiva y metacognición.

A tenor de que la presencia de síntomas psicóticos no produce inexorablemente merma de la capacidad decisional, y por tanto, no siempre es un factor predisponente

para la involuntariedad del ingreso, es necesario analizar los factores agravantes y deteriorantes de las habilidades psicolegales. Es por ello que se debe explorar la severidad de las ideas delirantes, definida por el grado de convicción, la ausencia de introspección y el contenido de las mismas, o el consumo de sustancias psicoactivas, otros síntomas comórbidos, o el impacto en la esfera socioprofesional.

Los pacientes afectos de trastornos del humor también pueden presentar merma de la capacidad para consentir ingreso hospitalario. Los síntomas depresivos no han sido correlacionados directamente con el deterioro de las habilidades psicolegales, en cambio el factor peligrosidad y riesgo suicida sí ha sido reconocido como factor predictor de la merma de la capacidad de autogobierno, y por tanto, de la indicación de internamiento involuntario. Por otra parte, los síntomas de aislamiento emocional, afecto aplanado y retraso motor menoscaban la habilidad de entendimiento, levemente razonamiento y apreciación. En el polo contrario, los síntomas cognitivos maníacos influyen notablemente en el razonamiento.

La demencia y otros trastornos mentales orgánicos son susceptibles de evaluación de la capacidad de autogobierno, y por tanto, susceptibles de exploración en la toma de decisión de ingreso hospitalario al presentar alteraciones neurológicas y cognitivas que contribuyen a la pérdida del entendimiento, razonamiento y apreciación, además de las alteraciones psicopatológicas derivadas de trastornos psíquicos comórbidos.

Los trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de sustancias psicótropas, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad y el retraso mental son otras entidades diagnósticas cuyas alteraciones psicopatológicas pueden requerir ingreso no voluntario.

Objetivo principal

En el actual trabajo de investigación se ha procedido a la exploración psicopatológica de pacientes con merma de la capacidad decisonal en el contexto clínico de ingreso en una institución psiquiátrica hospitalaria por padecimiento de un trastorno mental para confirmar hasta qué punto los síntomas psicóticos predominan en las alteraciones psicopatológicas que han mermado las habilidades psicolegales.

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo correlacional para un análisis estadístico de las variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas, en una muestra con selección del valor “ingreso no consentido”. La exploración psicopatológica se ha realizado mediante la administración de la escala BPRS (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica), uno de los instrumentos de medida más frecuentemente utilizados atendiendo a la óptima fiabilidad y validez tanto en contexto clínico como en investigaciones. Se ha confirmado a través de un análisis factorial exploratorio la correlación entre los ejes factoriales extraídos y las dimensiones referenciadas.

Resultados

En un primer análisis descriptivo del total de ingresos en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor, el 39 % eran hombres frente al 64 % que eran mujeres. El 50 % de los pacientes ingresados padecían trastornos del humor, seguidos del 18 % afectados de trastornos neuróticos y un 14 % con diagnóstico del grupo trastornos psicóticos.

Habiendo sido excluidos del análisis los pacientes menores de edad, se ha objetivado una tasa de ingresos no consentidos del 11%, que se corresponde con una frecuencia absoluta de 78 de los 732 pacientes incluidos en el actual trabajo de investigación, tasa de ingreso involuntario inferior a la recogida en otros estudios; con una edad media superior a la esperada, 47,54, y un predominio de población masculina.

La categoría diagnóstica predominante en la cohorte de ingresos no consentidos ha sido el grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Se ha confirmado también la prevalencia alta de trastornos del humor y la tasa baja de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, habiendo destacado la ausencia de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas y trastornos de la conducta alimentaria. La edad media de los pacientes que precisaron ingreso no consentido fue de 45,9 (+/- 17,49) y la media de días de ingreso fue de 30,49.

En la exploración psicopatológica de la cohorte de ingresos no consentidos se han objetivado alteraciones y síntomas psicopatológicos severos, correlato de puntuaciones elevadas en los cuatro factores y en la puntuación total de la escala BPRS. Se ha confirmado la homogeneidad de los datos obtenidos con respecto a estudios previos, en los que se reseña la correlación negativa entre la gravedad de los hallazgos psicopatológicos y la merma de la capacidad decisional. El ítem con puntuación más elevada ha sido el contenido inusual del pensamiento, seguido de la ansiedad psíquica y la suspicacia.

No se ha confirmado la predominancia de los síntomas psicóticos en la exploración psicopatológica vinculada con la merma de la capacidad decisional. Se ha objetivado uniformidad en la severidad de la semiología psicótica, síntomas depresivos

y de hostilidad, pudiendo destacar valores bajos en las alteraciones que conforman el factor retraimiento. Estos resultados no se han visto influenciados por la variable género.

Los síntomas psicóticos han predominado en la categoría diagnóstica de trastornos psicóticos, seguida del grupo de trastornos del humor. Se ha objetivado preponderancia de los síntomas de hostilidad en la categoría de trastornos de personalidad, en probable relación con conductas auto y heteroagresivas, seguido del grupo de retraso mental y trastornos psicóticos. Los síntomas de depresión han sido homogéneos en todas los grupos diagnósticos.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados del presente trabajo y acorde con las publicaciones contemporáneas, se confirma la diversidad de criterios clínicos y contextuales que influyen en la merma de la capacidad de obrar e indicación terapéutica de ingreso no consentido, destacando no sólo los síntomas psicóticos sino otros como los síntomas asociados a trastornos del humor y deterioro cognitivo, que incluyen criterios de peligrosidad y riesgo suicida. Todo ello da indicios de la necesidad de elaborar herramientas específicas que evalúe la funcionalidad de las habilidades psicolegales contextualizadas en unas demandas situacionales concretas.

SUMMARY

Summary

Summary

Introduction

Obtaining informed consent by health professionals is a precept of inescapable compliance from an ethical perspective subjected to legal requirements. The values that should govern health professional practice from a bioethical perspective are “non maleficence”, “justice”, “beneficence” and “autonomy”, substrate of the principles of voluntariness, information and autonomy that governing doctor-patient relationship.

Obtaining informed consent requires the preservation of the necessary decision making capacity, meaning the cognitive, volitional and emotional fitness, allowing the patients understanding their health situation, assess different therapeutic alternatives and deciding voluntarily, without external coercion, with awareness of the benefits and risks that therapeutic recommendation implies, for the subsequent expression of the decision, whether verbal or not. It is what is known as the decision making capacity.

The health professionals, specifically linked to the world of mental health, play an important and decisive role and activity in determining the ability of the patient to make decisions, adjusting the legal framework. The law collects that a patient is able to give informed consent when having sufficient understanding and volition enough, without in the legal system are collected objective criteria in order or assessment practices of those concepts.

The decision making capacity has been described as a dynamic construct formed by four basic criteria, the ability to understand information, the ability to appreciate the

Summary

relevance of contextual information, the ability to reason and to average between the benefits and risks of any possible decision and the ability to express a choice, contextualized on a certain functional demands.

Psychopathological alterations may infringe these fitness, although suffering from a mental illness does not inevitably reduce the decision making capacity. The patient's autonomy and self-government must be compensated with protection against harmful decisions from the impairment of decisional capacity.

The sanitary conditions in which capacity should be explored to make decisions of a patient are, among others, participation in research, performing diagnostic procedures or denial of a therapeutic recommendation. Internment in psychiatric hospitals is a clinical circumstance that requires evaluation of capacity to consent. If the patient is unable to provide informed consent, it should be communicated to judicial authorities as the guarantor of respect for the principles of voluntariness, autonomy and information.

To proceed to hospitalization involuntary psychiatry is required the verification that the patient suffers from a serious mental disorder, either transient or permanent. In addition the patient must lack of autonomy, submit alteration of his judgment capacity or the clinical situation must involve a serious risk to self or others. Therefore, detention should be consistent with the state of health of the person and should be reevaluated periodically for optimum care within the minimum limitation of human rights.

Initially, the evaluation of the decision making capacity to assist these particular clinical conditions was performed by assessment and diagnosis of mental disorders. Subsequently it evaluated with measuring instruments of psychiatric symptoms. In

recent years, for assessing the decisional capacity we can proceed to the specific examination of psicolegales abilities constituents that confirming the functional impairment thereof.

The patients with psychotic disorder are more prone to loss of decisional capacity, specifically schizophrenic disorder diagnosis group. It has also been shown that patients with other clinical entities may undermine the capacity to consent to treatment.

Psychotic psychopathology symptoms are more strongly linked to undermine capacity to consent hospital admission. It has been confirmed that the positive symptoms impair the ability of self-government, namely the ability to understand, and to a lesser extent, reasoning and appreciating. Cognitive impairment, negative symptoms and conceptual disorganization have acquired greater significance in undermining the capacity to make decision. Thus, cognitive symptoms in patients with a chronic psychotic disorder are predictors of impaired decisional capacity, mainly the ability of understanding and reasoning, based on the alteration of cognitive functions such as learning, memory, abstraction capacity, cognitive flexibility and metacognition.

Under the presence of psychotic symptoms inexorably it produces no loss of decisional capacity, and therefore, is not always a predisposing factor for the involuntary hospitalization is necessary to analyze the factors aggravating and deteriorating the psicolegales fitness. That's why it must be explored the severity of delusions, defined by the degree of conviction, lack of introspection and the content thereof, or the use of psychoactive substances, other comorbid symptoms, or the impact on the social and professional field.

Summary

The patients with mood disorders may also have decline of the capacity to consent to hospitalization. Depressive symptoms were not correlated directly with the deterioration of abilities psicolegales, however the dangerousness and suicidal risk factor if it has been recognized as a predictor factor of declining capacity for self-government, and therefore, the indication of involuntary placement. Moreover, symptoms of emotional withdrawal, blunted affect and motor retard undermine the ability of understanding, slightly reasoning and appreciation. At the opposite pole, cognitive symptoms manic greatly influence the ability of reasoning.

Dementia and other organic mental disorders are likely to evaluate the capacity of self-government, and therefore susceptible of exploration of the decision making capacity for hospitalization, at presenting neurological and cognitive impairments that contribute to the decline of understanding, reasoning and appreciation, besides the psychopathology derived from comorbid psychological disorders.

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use, eating disorders, disorders of adult personality and behaviour and mental retardation are other diagnostic entities whose psychopathology may require involuntary admission.

Main goal

In the present research work it has proceeded to the psychopathological examination of patients with loss of decisional capacity in the clinical context of admission to a psychiatric hospital institution suffering from a mental disorder to confirm the extent to which psychotic symptoms predominate between alterations psychopathological that have eroded the abilities psicolegales.

Material and Methods

It has been made a correlational retrospective study for statistical analysis of the socio-demographic variables, clinical and diagnostic, in a sample with value selection "income not consented". The psychopathological assessment was performed by administering the BPRS scale (Brief Psychiatric Rating Scale), one of the instruments most frequently used based on optimum reliability and validity in both clinical and research context. It has been confirmed through an exploratory factor analysis the correlation between extracted factorial axes and dimensions referenced.

Results

In a first descriptive analysis of total admissions in the Neuropsychiatric Research Institute Dr. Lopez Ibor, 39% were men compared to 64% who were women. 50% of hospitalized patients suffer from mood disorders, followed by 18% of patients suffering neurotic disorders and 14% with diagnosis of psychotic disorders.

Having been excluded from the analysis the patients under 18 years, it has objectified a rate of 11 % of "income not consented", which corresponds to an absolute frequency of 78 of the 732 patients included in the current research, this involuntary admission rate is lower than that the reported in other studies; with an average age higher than expected, 47.54, and a predominance of male population (54%).

The prevailing diagnostic category in the cohort of involuntary hospitalizations was schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. It has also confirmed the high prevalence of mood disorders and the low rate of personality disorders and adult behaviour, having stressed the lack of mental and behavioural disorders due to

Summary

psychoactive substance use and eating disorders. The average age of patients who required involuntary admission was 45.9 (+/- 17.49) and the average number of days of revenue was 30.49.

In the psychopathological examination of the cohort of admissions non-voluntary they have objectified psychopathological alterations and severe symptoms, correlation from elevated scores on the four factors and the total score of the BPRS. It has confirmed the homogeneity of the data obtained from previous studies, in which the negative correlation between the severity of psychopathological findings and the decline in the decisional capacity. The item with highest score was the unusual content of thought, followed by the psychic anxiety and suspiciousness.

We have not confirmed the predominance of psychotic symptoms in the psychopathological assessment linked to loss of decisional capacity. It has objectified uniformity from severity of psychotic symptoms, depressive and hostility, and it can highlight low values of alterations that shape the withdrawal factor. These results have not been influenced by the gender variable.

Psychotic symptoms have predominated on the diagnostic category of psychotic disorders, followed by the group of mood disorders. It has objectified prevalence of hostility symptoms on the category of disorders of adult personality and behaviour, probably related to self harm and aggressive behaviour against others, followed by the group of mental retardation and psychotic disorders. Symptoms of depression were homogeneous in all diagnostic groups.

Conclusions

According to the results of this study and contemporary publications, it has confirmed that the diversity of clinical and contextual criteria influence the decline in the decision capacity and therapeutic indication of involuntary hospitalization, highlighting not only psychotic symptoms but others like symptoms associated with mood disorders and cognitive impairment, including hazard criteria and suicidal risk. All of this gives evidence of the need to develop specific tools to assess the functionality of the psicolegales fitness contextualized on a specific situational demands.

INTRODUCCIÓN

Introducción

I. Fundamentación ética del consentimiento informado

La evaluación de la capacidad de obrar de los pacientes fue incluida en la teoría general del consentimiento informado, como expresión de un cambio en el modelo de relación clínica médico paciente resultante de la incorporación de tres principios morales fundamentados en el respeto a la autonomía, beneficencia y justicia (Faden & Beauchamp, 1986), y de la consideración de una obligación legal. Hace más de un siglo del caso “Schloendorff versus Society of New York Hospitals” (1914), en el que el juez sentenció textualmente *“Todo ser humano en edad adulta y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que se ha de hacer con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente, comete un agravio por el que se le hace responsable de daños y perjuicios”* (Ventura Faci, Navío Acosta, Álvarez Marrodán, & Baón Pérez, 2014).

La historia del consentimiento informado ha estado vinculada con numerosas disciplinas y contextos sociales, que comprendían profesiones sanitarias y legales, ciencias sociales y del comportamiento, y filosofía moral. En la transformación de la relación médico paciente desde el paternalismo y beneficencia hacia la autonomía influyeron varios acontecimientos históricos que derivaron en la elaboración de documentos tales como el Código de Núremberg ⁽¹⁾ (Tribunal Internacional de

⁽¹⁾ El Código de Núremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del juicio de Núremberg (agosto 1945 a octubre 1946) en el que se condenó, entre otros, a varios médicos por la vulneración de derechos humanos durante la realización de experimentos médicos. Se establecieron unos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales, que abarcaban la necesidad

Nüremberg, 1947) y el Informe Belmont (Lázaro & Gracia, 2006; The National Commission for The Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978).

En los años más recientes la influencia más destacable procedió de la “*bioética*”, íntimamente vinculada con el valor de la autonomía del paciente (Faden & Beauchamp, 1986). Este término fue acuñado en el idioma inglés por Van Rensselaer Potter en 1971 (Thomas Reich, 2003), que inició el progreso de una disciplina en torno a una ética en el desarrollo profesional de la salud, del desarrollo social y de la ecología (Wilches Flórez, 2011). Posterior a que Potter introdujera el término bioética, dos fueron los orígenes de las dos vertientes dominantes en su progreso: una originada en Wisconsin University, con Van Rensselaer Potter, como una Bioética Global; otra, la bioética con origen en Georgetown University representada por André Hellegers, en el Kennedy Institute of Ethics, que lideró la posición oficial como ética aplicada encaminada a resolver los dilemas que los avances en el campo médico y en la cultura de una sociedad democrática iban apareciendo (Abel i Fabre, 2001).

Tras la edición en 1978 de “La Enciclopedia de Bioética” (Reich, Warren Thomas) surgieron dos tendencias significativas: La “*corriente principalista*”, estrechamente vinculada al Informe Belmont ⁽²⁾, que entendía que la bioética era el

de obtención del consentimiento informado del paciente para la participación en cualquier experimento que cumpliera con el resto de requisitos estipulados (Tribunal Internacional de Nüremberg, 1947).

⁽²⁾ Informe Belmont (1976). Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Esta Comisión intenta determinar los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica y de comportamiento que incluya sujetos humanos y desarrollar las directrices para garantizar que tal investigación se lleve a cabo de acuerdo con esos principios. Fue necesario la distinción entre la investigación biomédica y de comportamiento y la práctica médica común aceptada; la función que desempeña la evaluación de criterios riesgo/beneficio para determinar si la

estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, en cuanto esa conducta era examinada a la luz de valores y principios morales; La “*corriente casuística*” que definió la bioética como el estudio sistemático de las dimensiones morales ⁽³⁾ utilizando una variedad de metodologías éticas en el contexto multidisciplinar de las ciencias de la vida y la salud (Nestor Osorio, 2005; Drane, Método de Ética Clínica, 1990).

Tal y como se recogió en el Informe Belmont, el procedimiento primordial de la aplicación de estos principios generales fue el consentimiento informado (Simón Lorda, 1999), entendido como el proceso de entrega de información por parte del médico al paciente para que pudiese tomar una decisión responsable. Para ello, era necesario que se cumpliesen tres condiciones básicas: la información debía ser suficiente y

investigación incluyendo sujetos humanos es apropiada; directrices apropiadas para la selección de sujetos humanos que habrán de participar en la investigación; y la naturaleza y definición de un consentimiento informado en varias situaciones de investigación. La expresión “principios éticos básicos” se refiere a aquellos conceptos generales que sirven como justificación básica para los diversos principios éticos y evaluaciones de acciones humanas. Incorporan el principio “*Respeto a las Personas*”, que a su vez incluye cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. El principio de “*Beneficencia*”, entendido como tratar a las personas de manera ética, que implica respetar sus decisiones y protegerlos de daños, procurar su bienestar, no hacer daño y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. El principio de “*Justicia*”, en el sentido de tratar a la gente con igualdad, de modo justo en la distribución de las responsabilidades y beneficios, formulado en las expresiones (1) se debe dar a cada persona una participación igual, (2) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su necesidad individual, (3) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su esfuerzo individual, (4) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su contribución social y (5) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su mérito. La aplicación de los principios generales de la conducta de investigación lleva a considerar los requisitos de consentimiento informado, que comprende los elementos de información, comprensión y calidad de voluntario; de evaluación de riesgo/beneficio; y de selección de sujetos de investigación (The National Commission for The Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978).

⁽³⁾ Proceso de razonamiento moral en relación con los casos: (a) *Describir los hechos médicos*; (b) *Describir los valores*; (c) *Indicar cuál es el principal conflicto de intereses*; (d) *Determinar las posibles medidas que podrían proteger el mayor número posible de valores en el caso*; (e) *Escoger una forma de actuar*; (f) *Defender la decisión tomada*.

comprensible, la decisión de la persona debía ser voluntaria, y por tanto exenta de dominio, coacción y manipulación; y la persona debía ser capaz de tomar esa decisión (Ortiz Rubio, 2009).

Beauchamp y Childress fueron los autores de la obra “*Principles of Biomedical Ethics*” (1979), en la que propusieron cuatro grupos de principios que proporcionasen un marco de trabajo para identificar y reflexionar sobre los problemas éticos en la biomedicina: *Respeto por la Autonomía, No-maleficencia, Beneficencia y Justicia* ⁽⁴⁾; todos ellos debían considerarse moralmente vinculantes (Beauchamp & Childress, 2001). Desde una perspectiva ética el consentimiento informado se fundamentó en la obligación de respeto del principio de autonomía (Faden & Beauchamp, 1986).

Diego Gracia, médico y filósofo español, desarrolló el concepto de deliberación como procedimiento de toma de decisiones y como propuesta metodológica para el desarrollo de la bioética en tanto ética aplicada, más allá del pragmatismo norteamericano de la bioética principalista ⁽⁵⁾ (Gracia, Procedimientos de decisión en

⁽⁴⁾ En este libro se matiza y se subdivide el principio de beneficencia en dos, el de no-maleficencia y el de beneficencia. El principio de no maleficencia debía soportar una serie de normas morales específicas incluyendo: no causar la muerte, no causar dolor o sufrimiento, no incapacitar, no causar ofensa y no privar a otro de los bienes de la vida. El principio de beneficencia debía soportar las siguientes normas: proteger y defender los derechos de los demás, prevenir el daño, retirar las condiciones que causan daño a los demás, ayudar a las personas con discapacidad y ayudar a las personas que están en peligro.

⁽⁵⁾ Se expone los niveles de realización procedimental:

- I. *El sistema de referencia moral*: Premisa ontológica: el hombre es persona y en tanto que tal, tiene dignidad y no precio; Premisa ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.
- II. *El momento deontológico del juicio moral*: Nivel I: No maleficencia y Justicia; Nivel II: Autonomía y Beneficencia. El primero es propio de la ética de mínimos y el segundo de la ética de máximos.
- III. *El momento teológico del juicio moral*: Evaluación de las consecuencias objetivas o de nivel 1; Evaluación de las consecuencias subjetivas o de nivel 2.
- IV. *El juicio moral*: Contraste del caso con “la Regla”, tal como se encuentra expresada en el punto II; Evaluación de las consecuencias del acto, para ver si es necesario hacer una “excepción” a la Regla,

ética clínica, 1991; Gracia, La deliberación moral: el método de la ética clínica, 2001). Concretamente, argumentó que la fundamentación del nuevo modelo de relación médico-paciente que porta el consentimiento informado consistía en la articulación adecuada de los principios de autonomía y beneficencia, nivel de máximos o “ética de la felicidad”, asegurando el cumplimiento de la “ética del deber o de la corrección”, que abarca los principios de no maleficencia y de justicia (Simón Lorda, 1999).

En base a la teoría ética del consentimiento informado y ajustado a la normativa jurídica nacional e internacional, la autonomía de los pacientes precisó del cumplimiento de tres condiciones. Una primera, la voluntariedad o actuación sin ningún tipo de coacción. Una segunda condición, poseer información suficiente sobre la decisión que ha de adoptarse, en tanto objetivos, riesgos, beneficios y alternativas. Una tercera condición, que el paciente fuese capaz, es decir, estuviese en posesión de las aptitudes psicológicas (cognitivas, volitivas y afectivas) que le permitiesen entender, comprender, valorar y decidir en relación a determinada recomendación terapéutica (Berg, Appelbaum, Lidz, & Parker, 2001; Simón-Lorda, 2008; Mondragón-Barrios, 2009).

II. Fundamentación normativa del consentimiento informado

Son varios los documentos garantes de los derechos humanos y de la protección de los enfermos mentales. En el ámbito internacional cabe destacar Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, 17 de diciembre de 1991, 46/119, Asamblea General – Cuadragésimo sexto período de sesiones, según el Principio 11 de Consentimiento para el tratamiento y

de acuerdo con el paso III; Contraste de la decisión tomada con el sistema de referencia (Paso I); Toma de decisión final.

Principio 16 de Admisión Involuntaria (Anexo I) (Naciones Unidas, 1991), el “Libro Blanco” sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental, especialmente aquellas ingresadas de forma involuntaria en un centro psiquiátrico (Anexo II) (Grupo de Trabajo sobre Psiquiatría y Derechos Humanos, 1983) y el Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina, de 4 de abril de 1997, conocido como el Convenio de Oviedo (Anexo III) (Boletín Oficial del Estado, 1999).

En el ámbito nacional, la legislación que lo regula es la Ley 41/2002, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Anexo IV) (Boletín Oficial del Estado, 2002) y el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil ⁽⁶⁾ (Anexo V) (Boletín Oficial del Estado, 2000).

III. La capacidad de obrar

El Diccionario de Lengua Española de la Real Academia define el concepto de capacidad en su segunda acepción como “*Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo*”. Define también la capacidad de obrar, como “*Aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación*”,

⁽⁶⁾ Las SSTC 131 y 132, de 2 de diciembre de 2010, han declarado la inconstitucionalidad de las previsiones sobre el internamiento forzoso en establecimiento de salud mental, al carecer sus normas reguladoras de la condición de Ley orgánica: “*La aplicación de la citada doctrina al presente caso nos lleva a declarar la inconstitucionalidad de aquellos incisos de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, que posibilitan la decisión de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, pues, en tanto que constitutiva de una privación de libertad, esta medida sólo puede regularse mediante ley orgánica*”. “*Tal es el caso del primer inciso del párrafo primero del señalado artículo 763.1 LEC, según el cual “el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial”, así como del primer inciso del párrafo segundo del mismo artículo que establece “la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de medida”*” (Moretón Sanz, 2010).

y define la capacidad jurídica, como “*Aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones*”.

La determinación de la capacidad del paciente para tomar decisiones sobre el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de su enfermedad sería un requisito básico que permitiría confirmar si la decisión es sustancialmente autónoma.

En el ámbito jurídico, la capacidad consiste en una atribución genérica que el ordenamiento jurídico hace a las personas físicas o naturales y jurídicas de la condición de sujeto de derecho, ya que atribuye la titularidad de derechos y obligaciones. La capacidad de obrar es la aptitud para regirse a uno mismo, ejercer los derechos y deberes de los que se es titular, ser capaz de actuar autónomamente y de administrar los propios bienes (Carrasco Gómez & Maza Martín, 2005). La capacidad de obrar lleva consigo la posibilidad de realizar, de forma válida, todos los actos jurídicos que no requieran una edad o capacidad distinta de la general, pues se acepta que el sujeto reúne las habilidades psicológicas mínimas, intelectivas, afectivas y volitivas, para el válido ejercicio de sus derechos (Bórquez , Raineri, Horwitz, & Huepe, 2007; Bórquez Estefo, Horwitz Campos, López Bravo, & Raineri Bernain, 2008; Simón-Lorda, 2008; Siurana Aparisi, 2006; Bórquez, Raineri, & Bravo, La evaluación de la "capacidad de la persona": en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado, 2004; Vidal, 1999).

Esta capacidad no corresponde por igual a todos los que poseen capacidad jurídica y depende de ciertas cualidades que el ordenamiento jurídico toma en consideración (mayor o menor de edad, capacitado o incapacitado por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico que impida a la persona gobernarse por sí misma). Por consiguiente, se puede hablar de capacidad de obrar en su grado

máximo (plena), restringida (menor emancipado, pródigo o incapacidad parcial) o de privación de la capacidad ⁽⁷⁾.

La evaluación de la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento es una de las tareas más exigentes de los clínicos actualmente (Church & Watts, 2007). Los pacientes considerados capaces, de acuerdo con la doctrina del consentimiento informado, decidirán las elecciones pertinentes relativas a su tratamiento. En contraste, aquellos que presenten posible merma de su capacidad deberán ser protegidos, incluyendo el nombramiento de otros para tomar la decisión por ellos (Ventura Faci, Navío Acosta, Álvarez Marrodán, & Baón Pérez, 2014; Hipshman, 1987).

IV. La capacidad de obrar en el ámbito de la salud

La capacidad de los pacientes para tomar decisiones terapéuticas debía ser respetado, a pesar de que en algunas ocasiones la promoción de la salud entrase en conflicto con la autonomía (Beauchamp T. L., 2003). Es por ello que se describieron unos principios que debían guiar las evaluaciones de la capacidad para que la autonomía del paciente no fuese anulada por el mero hecho de que éste estuviese enfermo (Henwood, Wilson, & Edwards, 2006). Una de las consideraciones que se debían tener en cuenta era que, si bien la incapacidad legal estaba relacionada con el deterioro del estado mental, no debían considerarse equivalentes. De esta forma, era importante y necesario la evaluación psicopatológica exhaustiva y atender a la severidad de la misma

⁽⁷⁾ La incapacidad se puede definir, de acuerdo con los artículos 199 y 210 del Código Civil como “*Situación en que se encuentra una persona a la cual se declara incapaz o con capacidad restringida, por sentencia judicial, en virtud de causa legal y con los límites y extensión que sean establecidos en la referida sentencia*”. Concretamente, el artículo 200 de la Ley 13/1983 de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de Tutela, explicita que “*Son causas de Incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impida a la persona gobernarse por sí misma*” (Delgado Bueno, 2004).

(Alexander, Clinical Determination of Mental Competence. A Theory and Retrospective Study, 1988).

También se reseñó que la incapacidad era un concepto relacionado con un déficit funcional, ya fuese el deterioro del entendimiento de la información divulgada, de la apreciación de la información en una situación determinada, del razonamiento o de la expresión de una elección. Por tanto, la incapacidad dependía también de las demandas funcionales y dependía de las consecuencias, llegando a resultar fluctuante según el momento (Louis, 2008; Calcedo Ordóñez, 2007). De acuerdo con todos estos principios, Grisso y Appelbaum afirmaron que:

“La incapacidad constituye un estado de un individuo que es definido por el déficit *funcional* (a causa de *enfermedad mental, retraso mental, u otras condiciones mentales*) consideradas como suficientemente graves como para que la persona *actualmente* no pueda asumir las *exigencias* de una situación específica de toma de decisión, pese a la luz de sus *consecuencias* potenciales” (Grisso & Appelbaum, Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and other Health Professionals, 1988; Charland, 2001).

V. Habilidades relacionadas con la capacidad de obrar

Tal y como se recogió anteriormente son cuatro las habilidades relacionadas con la capacidad para consentir tratamiento: la habilidad para entender la información relevante relativa a la toma de decisión terapéutica, la habilidad para apreciar la naturaleza de su enfermedad y sus consecuencias, la habilidad para manipular la información racionalmente y participar en un proceso lógico de sopesar las opciones terapéuticas, y la habilidad para expresar una elección basada en un razonamiento sensato (Roth, Meisel, & Lidz, 1977; Appelbaum & Grisso, The MacArthur Treatment

Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment, 1995; Tunzi, 2001).

Cada una de estas habilidades fue descrita íntegramente y desarrollada por Grisso y Appelbaum (Grisso & Appelbaum, *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and other Health Professionals*, 1988; Kim, 2010; Grisso, *Evaluation Competencies: Forensic assessments and instruments.*, 2003; Grisso, Appelbaum, Mulvey, & Fletcher, 1995; Grisso & Appelbaum, *The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments*, 1995; Appelbaum & Grisso, *The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment*, 1995).

La habilidad de entendimiento precisaba de que el paciente tomador de la decisión terapéutica dispusiese de la información relevante relativa a la descripción del trastorno, los posibles tratamientos, y los beneficios y riesgos de cada una de las alternativas terapéuticas. Fue una de las habilidades más sopesadas y estimadas en el ámbito jurídico del consentimiento informado, para la que se consideró necesario la integridad de la función sensorial, de las funciones perceptuales tales como atención y conciencia selectiva, todo ello supeditado a un procesamiento cognitivo y codificado de manera coherente con las características individuales de la persona. De ahí la trascendencia de conocer las capacidades intelectuales del paciente.

La habilidad de apreciación se describió como la habilidad de la persona para percibir la relevancia o el significado de la información de su propia situación que permitiese tomar una decisión terapéutica en función de sus creencias (Saks, Dunn, Marshall, Nayak, Golshan, & Jeste, 2002). Este concepto se homologó a la conciencia de padecimiento de trastorno.

La habilidad de razonamiento fue entendida como la capacidad del paciente para manipular la información racionalmente, identificar el problema objetivo, cuantificar el rango de opciones posibles, valorar posibles consecuencias, teniendo en cuenta los propios valores subjetivos, y deliberar para elaborar una decisión (Appelbaum P. S., *Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment*, 2007).

La habilidad de expresión de una elección fue considerada una cuestión umbral, en tanto que si el paciente no tenía respetada la función de expresión, no habría necesidad de considerar su estatus relacionado con el resto de habilidades. En casos de ambivalencia, la incapacidad podría ser únicamente observada cuando la información acerca del tratamiento fuese explicado y se intentase elicitar la elección del paciente.

VI. Evaluación de la capacidad de obrar

Son varias las circunstancias en las que los clínicos debían mostrar especial atención para una posible evaluación de la capacidad de obrar, ya sea en una toma decisonal con respecto a un tratamiento médico o quirúrgico, con respecto a un ingreso en una institución psiquiátrica, o la participación en una investigación con sujetos humanos (Drane, *The Many Faces of Competency*, 1985; Pollack & Billick, 1999; Buchanan, 2004; Christopher, Arikan, Pinals, Fisher, & Appelbaum, 2011).

Se incluían en estas situaciones de vulnerabilidad aquellas en las que se evidenciaban cambios bruscos del estado mental del paciente, o en las que el paciente rehusaba un tratamiento necesario, o aquellas en las que el paciente aceptaba un tratamiento potencialmente invasivo. También se identificaron coyunturas clínicas identificativas de factores de riesgo para la capacidad decisonal tales como pacientes afectados de un trastorno mental crónico como esquizofrenia, o demencia, o una enfermedad orgánica como delirium, o pacientes con prescripción psicotrópica o

ingresados en un hospital. Otros factores situacionales que se identificaron potencialmente deteriorantes para la capacidad decisional fueron aquellos en los que se apreciaban diferencias culturales o lingüísticas (Grisso & Appelbaum, *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and other Health Professionals*, 1988; Appelbaum & Grisso, *Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment*, 1988).

No se estableció un umbral simple o mínimo necesario para estimar preservada la capacidad de toma de decisión terapéutica. Era necesario ajustar a las demandas situacionales específicas la extensión de la habilidad del paciente que requería determinadas tareas decisionales concretas (Buchanan, 2004).

Desde la perspectiva clínica, la evaluación de la capacidad decisional era entendida como una evaluación contextualizada del funcionamiento mental. Por tanto, el examinador debía incluir la evaluación de aspectos psicopatológicos tales como la atención del paciente, ánimo, pensamiento (tanto estructura como forma), memoria y funcionamiento intelectual, bien mediante una entrevista clínica o bien mediante el uso de herramientas de evaluación. En el transcurso de los últimos años, fueron numerosos los instrumentos de evaluación desarrollados específicamente para el examen de las habilidades psicolegales.

VII. Herramientas de evaluación de la capacidad de obrar

La evaluación de la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones surgió como una cuestión esencial en la teoría general del consentimiento informado, que exigía la conservación de las capacidades necesarias para la toma de decisiones, tales como aptitudes cognitivas, volitivas y afectivas, imprescindibles para comprender la

realidad sanitaria, valorar las distintas alternativas y expresar una decisión, fuese verbal o no. El padecimiento de un trastorno mental no era condición suficiente para determinar la capacidad de un individuo.

Para la valoración de la capacidad de toma de decisión se desarrollaron numerosos instrumentos de evaluación y normas de la práctica forense que permitían a los profesionales una evaluación fiable y válida (Grisso, *Evaluation Competencies: Forensic assessments and instruments.*, 2003; Tepper & Elwork, 1984). Estos trabajos permitieron una progresión desde la evaluación fundamentada en los diagnósticos según clasificaciones diagnósticas DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y CIE (Clasificación internacional de enfermedades) hacia una evaluación centrada en la merma del deterioro funcional relacionada directamente con los criterios básicos de estándares legales.

La evaluación de dicha capacidad debía ser realizada por profesionales entrenados mediante la entrevista clínica y a través de herramientas que aludiesen a las funciones y habilidades necesarias. Los primeros trabajos fueron realizados por Roth, Meisel y Lidz, en 1977 (Roth, Meisel, & Lidz, 1977) ⁽⁸⁾.

A partir del trabajo de estos tres autores se abordó la necesidad de determinar las

⁽⁸⁾ Roth, Meisel y Lidz, trabajaron en la Universidad de Pittsburgh (Pensilvania, EEUU) y del Western Psychiatric Institute and Clinic de Pittsburgh, y describieron distintos test de la capacidad decisional para aceptar o rechazar tratamiento psiquiátrico en función de varias categorías, que incluían la capacidad del paciente para expresar una elección, la capacidad del paciente para tomar una decisión razonable, la capacidad del paciente para tomar una decisión basada en motivos racionales, la habilidad del paciente para comprender riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento, y la habilidad del paciente para comprender todos los aspectos relevantes de la decisión a tomar y emitir un consentimiento verdaderamente voluntario e informado. Establecieron una relación de interdependencia entre el balance beneficio/riesgo del tratamiento propuesto y el sentido de la decisión del paciente, de lo que se podía deducir el tipo de test de capacidad a administrar.

funciones mentales que debían evaluarse (criterios), el grado de exigencia que debían satisfacer dichos criterios (estándares) y, sobre todo, si dichos estándares variaban o no en función de la complejidad de la decisión clínica que debía tomarse, para posterior diseño y validación de protocolos o herramientas estandarizadas de evaluación que pudiesen aplicarse en la práctica.

Appelbaum y Roth, en 1982, insistieron en la necesidad de la implicación de los médicos psiquiatras en la evaluación de la capacidad, de forma que agruparon los criterios en cuatro categorías y las relacionaron con alteraciones psicopatológicas (Appelbaum & Roth, *Competency to Consent to Research*, 1982).

Drane y Buchanan, en 1985, elaboraron la Escala Móvil de la Capacidad para evaluar el grado de capacidad necesario para la toma de decisiones, insistiendo en el carácter dinámico y funcional de la capacidad, que dependería del tipo de decisión y de sus consecuencias, fluctuante en función del tiempo (Drane, *The Many Faces of Competency*, 1985) ⁽⁹⁾.

En 1995 Grisso y Appelbaum construyeron una de las herramientas más destacadas para dar respuesta a la necesidad de los clínicos de obtener y organizar la información acerca de la habilidad de los pacientes para tomar decisiones terapéuticas,

⁽⁹⁾ Drane consideró tres niveles o grados de dificultad de decisiones.

Incapaces o Capacidad nula.

Nivel I: grado de capacidad requerido “Bajo” (conocer y asentir). Aplicable en las siguientes decisiones:

- Consentimiento en procedimientos con riesgo/beneficio favorable.
- Rechazo de procedimientos con riesgo/beneficio desfavorable.

Nivel II: grado de capacidad requerido “Intermedio” (conocer y elegir). Tipo de decisiones para aplicar:

- Consentimiento o rechazo de procedimientos con balance riesgo/beneficio indeterminado.

Nivel III: grado de capacidad requerido “Alto” (apreciar y decidir plenamente). Aplicable en:

- Consentimiento en procedimientos con riesgo/beneficio desfavorable.
- Rechazo de procedimientos con riesgo/beneficio favorable.

Capaces o Capacidad plena.

la MacCAT-T o MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment. También construyeron otras versiones, para evaluar la capacidad del paciente para participar en una investigación, MacCAT-CR (MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research) y para evaluar la capacidad de un paciente para ser juzgado, MacCAT-CA (MacArthur Competence Assessment Tool- Criminal Adjudication) (Zapf, Skeen, & Golding, Factor Structure and Validity of the MacArthur Competence Assessment Tool - Criminal Adjudication., 2005). Todas ellas evaluaban los cuatro tipos de habilidades asociadas con los estándares legales y éticos relacionadas con la capacidad decisional del paciente a través de una entrevista semiestructurada. La MacCAT-T proporcionaba una manera de evaluar estas habilidades en el contexto del diálogo clínico-paciente, modelado en un procedimiento para obtener el consentimiento informado para el tratamiento, y suficientemente flexible para ser usado en la evaluación de los pacientes con un amplio rango de enfermedades, incluyendo los trastornos psiquiátricos, con varias opciones terapéuticas y con circunstancias vitales específicas (Dunn, Nowrangi, Palmer, Jeste, & Saks, 2006; McDermott, Gerbasi, Quanbeck, & Scott, 2005).

La MacCAT-T se construyó de acuerdo con un procedimiento de aplicación. El primer paso consistía en la divulgación de la descripción clínica del trastorno del que estaba afecto el paciente y la posterior elicitación de dicha información por parte del doliente, a lo que le seguía la exploración de la habilidad de apreciación dando protagonismo a las creencias y explicaciones aportadas por el paciente relativas al trastorno. Posteriormente se exploraba la habilidad de entendimiento del tratamiento, riesgo y beneficios, seguido de nuevo de la elicitación por parte del enfermo, que permite explorar también la habilidad de apreciación. Estos mismos pasos se repetían con información relativa a las alternativas terapéuticas recomendadas. Para evaluar la habilidad de razonamiento, en la que se exploraba la decisión terapéutica adoptada por

Introducción

el paciente, se solicitaba que argumentase, secuencialmente, los motivos que justificaban la decisión terapéutica, incluyendo la descripción de las posibles consecuencias esperadas, que también englobaba riesgos y beneficios. Una última fase en la que se solicitaba al paciente que expresase su elección, para posterior calificación de cada uno de los ítems, utilizando un lenguaje y términos acordes a su nivel cultural y educativo. Existen dos validaciones en lengua castellana, que datan del año 2012 y 2014 (Álvarez Marrodán, Baón Pérez, Navío Acosta, López-Antón, Lobo Escolar, & Ventura Faci, 2014; Hernando Robles, et al., 2012):

Criterio entendimiento (0 – 6): Entendimiento de la enfermedad (0 – 2); Entendimiento del tratamiento (0-2); Entendimiento de riesgos y beneficios (0 – 2).

Criterio apreciación (0 – 4): Apreciación de la situación de enfermedad (0 – 2); Apreciación del objetivo general del tratamiento (0 – 2).

Criterio razonamiento (0 – 8): Lógico-secuencial (0 – 2); Lógico-comparativo (0 – 2); Predictivo, entendido como consecuencias derivadas de las posibles elecciones (0 – 2); Consistencia interna del procedimiento de elección (0 – 2).

Criterio expresión de una elección (0 – 2).

A partir de los ochenta surgió la iniciativa por parte de los neurólogos del estudio del sustrato biológico de los elementos relacionados con la capacidad de obrar. Entre ellos destacó Michael P. Alexander (1988), que consideró que la capacidad del sujeto dependía de tres pasos previo a la toma decisonal: un primer paso centrado en el reconocimiento de la exigencia de la situación, para lo cual el paciente precisaba mantener intactos los mecanismos neocorticales que le permitían mantener la comunicación con el exterior mediante el procesamiento de información compleja, y el

sistema límbico que le permitía añadir el aspecto volitivo y emocional básico en la elaboración de sus respuestas. Un segundo paso consistente en la activación de los mecanismos neurosensoriales que le permitían procesar información y emitir respuestas, que englobaba la revisión de experiencias pasadas semejantes, la obtención de información nueva, el procesamiento aritmético, visual, emocional, etc., de toda la información anterior y el mantenimiento de expectativas acerca del resultado de la decisión y de sus posibles consecuencias emocionales. Y un tercer paso fundamentado en la realización práctica de la resolución tomada, que podía ser externa (una acción o una decisión concreta) o interna (reevaluación del proceso y reinicio del mismo). Para estos tres pasos era necesario que el sujeto mantuviese siete actividades mentales, la atención, la memoria, el lenguaje, la percepción espacial, el área de cálculo, comunicación, el razonamiento, y la actividad emotiva y afectiva (Alexander, *Clinical Determination of Mental Competence. A Theory and Retrospective Study*, 1988).

Otros tres autores, Freedman, Stuss y Gordon (1991) insistieron en la necesidad de la preservación de las funciones cognitivas para un buen ejercicio de la capacidad, considerando de menor relevancia los componentes afectivos. Describieron cuatro áreas cognoscitivas relevantes para una óptima evaluación de la capacidad de un paciente, fundamentada en cinco actividades, la atención, la comprensión de la información básica relacionada con el tipo de decisión, la retención de la información, la expresión de deseos y la apercepción y juicio en relación a las cuestiones que se estuviesen debatiendo (Freedman, Stuss, & Gordon, 1991).

En España únicamente se elaboró el Documento Sitges como protocolo de evaluación de la capacidad, un estudio realizado con metodología de consenso Delphi por un grupo multidisciplinar de expertos, neurólogos, geriatras, abogados, psiquiatras,

psicólogos, trabajadores sociales, centrado en la demencia. Pretendió analizar las medidas de protección jurídica y social para evitar la incapacitación total como solución mayoritaria y frecuente ante la pérdida de las capacidades cognoscitivas de un paciente y, de esa forma, potenciar la incapacitación parcial como medida para resolver situaciones concretas, abogando por decisiones que contemplasen no sólo una faceta del proceso patológico, sino el entorno y circunstancias asociadas con el objetivo de preservar y mantener la autonomía de la persona el mayor tiempo posible (Grupo de Trabajo Documento Sitges, 2009). Consideraron relevantes los siguientes aspectos neurológicos y cognitivos en la toma de decisiones: nivel de conciencia, percepción de estímulos, funciones cognitivas (atención, gnosis, lenguaje, cálculo, memoria, orientación de la realidad, praxias), funciones ejecutivas (razonamiento abstracto, motivación-autocontrol), estado ideoaectivo, ideación espontánea y conciencia de enfermedad.

La evaluación práctica de la capacidad de obrar se ha realizado mediante tres tipos de herramientas con decreciente grado de especificidad: los test neuropsicológicos, como el MMSE (Mini Examen del Estado Mental), el WAIS (Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos), etc.; los protocolos generales de evaluación de la capacidad; y los protocolos específicos de evaluación de la capacidad, por ejemplo, para evaluar la capacidad para completar una voluntad anticipada del tipo poder de representación ⁽¹⁰⁾, para evaluar la capacidad para consentir la Terapia Electroconvulsiva ⁽¹¹⁾, o para evaluar

⁽¹⁰⁾ Destacan el Hopkins Competency Assessment Tool (HCAT) y el Health Care Proxy Guidelines (HCP).

⁽¹¹⁾ Competence Interview Schedule (CIS).

la capacidad para consentir la participación en un proyecto de investigación ⁽¹²⁾ (Jeste, et al., 2003).

A continuación se exponen otros instrumentos estandarizados que miden una o más habilidades funcionales relacionadas con la capacidad y que requieren que se tengan en cuenta los factores relevantes y decisivos de las circunstancias individualizadas del paciente (Sturman, 2005; Moye, Gurrera, Karel, Edelstein, & O'Connell, 2006; Moye & Marson, Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research, 2007; Moye & Marson, Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research, 2007).

El Test de Evaluación de Capacidad Hopkins (*HCAT - Hopkins Competency Assessment Test*) es una herramienta que evalúa la habilidad de entendimiento de los pacientes en un proceso de consentimiento informado, que puede aplicarse por profesionales no facultativos. Consiste en seis preguntas cuyas respuestas se puntúan del 0 al 10; cuanto más alta la puntuación, más preservada la capacidad de obrar. Destaca alta fiabilidad y sensibilidad/especificidad (Janosfky, McCarthy, & Folstein, 1992).

La Entrevista de Capacidad (*CSI - Competency Interview Schedule*) es una entrevista estructurada de 15 ítems que evalúa las cuatro habilidades de la capacidad, con una calificación de la escala Likert, de forma que puntuaciones bajas se corresponden con una óptima capacidad de obrar. Se desarrolló para evaluar la

⁽¹²⁾ Evaluation to Sign Consent (ESC), California Scale of Appreciation (CSA) y San Diego Brief Assessment of Capacity to Consent (UBACC) (Jeste, et al., 2007).

Introducción

capacidad de los pacientes para consentir el tratamiento de terapia electroconvulsiva. Presenta una buena fiabilidad y validez.

La Entrevista Estructurada para Pruebas de Evaluación de Capacidad/Incapacidad y Clasificación de Inventario (*SICIATRI – Structured Interview for Competency/Incompetence Assessment Testing and Ranking Inventory*) es una entrevista estructurada de 12 ítems diseñada para evaluar la capacidad de consentir tratamiento en pacientes con enfermedad mental y con enfermedad orgánica, que incluye la valoración de las cuatro habilidades (Tomoda, et al., 1997).

El Instrumento de Capacidad para Consentir Tratamiento (*CCTI – Capacity to Consent to Treatment Instrument*) es una herramienta semiestructurada diseñada para valorar la capacidad de los pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer, que incorpora las cuatro habilidades. Presenta una alta fiabilidad.

La Evaluación para firmar consentimiento (*ESC – Evaluation to Sign Consent*) es una herramienta para evaluar la habilidad de entendimiento de información requerida para proporcionar un consentimiento válido para participar en un estudio de investigación específico (DeRenzo, Conley, & Love, 1998).

La Ayuda a la Evaluación de la Capacidad (*ACE – Aid to Capacity Consent*) es una prueba semiestructurada que evalúa la habilidad de entendimiento del tratamiento y de otras alternativas terapéuticas, además de la habilidad para apreciar las consecuencias de la decisión terapéutica (Etchells, et al., 1999).

La Escala de California de Apreciación (*CSA – California Scale of Appreciation*) es un entrevista estructurada que evalúa la posible ausencia de la habilidad de apreciación relacionado con falsas creencias.

La Herramienta de Evaluación de la Capacidad (*CAT – Capacity assessment tool*) es una entrevista estructurada diseñada especialmente para su uso en Atención Primaria, que explora las cuatro habilidades que conforman la capacidad de obrar.

El Instrumento de Evaluación de la Capacidad (*CAI – Competency Assessment Instrument*) es una entrevista estructurada que evalúa la habilidad de entendimiento y razonamiento especialmente en pacientes con demencia y depresión.

La Medida de evaluación de la decisión (*DAM – Decision assessment measure*) es una entrevista semiestructurada de evaluación de la habilidad de entendimiento, razonamiento y comunicación de una elección, además de la habilidad para retener información.

VIII. La enfermedad mental, síntomas psiquiátricos y la capacidad de obrar

Las primeras investigaciones proporcionaron evidencias de la relación entre la enfermedad mental severa y las limitaciones cognitivas con la merma de la capacidad de obrar, si bien se insistió en que el padecimiento de un trastorno mental no era condición suficiente para considerar al paciente incapaz en una toma decisonal (Roesch, Zapf, Golding, & Skeem, 1999; Moser, et al., 2002; Pollack & Billick, 1999; Warren, Fitch, Dietz, & Rosenfeld, 1991; Reich & Wells, 1985; DeRenzo, Conley, & Love, 1998). A pesar de las limitaciones de estos estudios al no evaluar la variabilidad en un mismo grupo diagnóstico, las características clínicas concretas relativas a los síntomas psiquiátricos específicos y limitaciones cognitivas (Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz, & Appelbaum, 2008), y la relación cualitativa con las diversas habilidades de la capacidad de obrar (Grisso, *Evaluation Competencies: Forensic assessments and instruments.*, 2003; Moser, et al., 2002), aportaron información relevante e impulsaron investigaciones más complejas en las que se exploraba la manera en la que el

padecimiento de una enfermedad mental afectaba a las habilidades psicolegales necesarias y subyacentes a la capacidad de toma de decisión.

La mayoría de las investigaciones centradas en la relación entre la enfermedad mental y la capacidad de obrar encontraron que los pacientes que padecen un trastorno psicótico eran más propensos a tener mayor riesgo de deterioro funcional de su capacidad decisional con respecto a aquellos que no tenían trastorno psicótico o trastorno mental alguno (Moser, et al., 2002; Nicholson & Kugler, *Competent and incompetent criminal defendants: A quantitative review of comparative research*, 1991; Rosenfeld & Wall, 1998; Viljoen, Roesch, & Zapf, *An examination of the relationship between competency to stand trial, competency to waive interrogation rights, and psychopathology*, 2002; Viljoen, Zapf, & Roesch, *Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial*, 2004; Hart & Hare, 1992; Nicholson, Robertson, Johnson, & Jensen, 1988). Concretamente la Esquizofrenia fue el grupo diagnóstico más frecuentemente vinculado con la merma de la capacidad de obrar (Warren, Fitch, Dietz, & Rosenfeld, 1991; Rogers, Gillis, McMain, & Dickens, 1988).

Los trastornos del humor, trastornos de personalidad, trastornos orgánicos y otras categorías diagnósticas también fueron asociadas a limitaciones de la capacidad de obrar en estudios comparativos con población no enferma (Warren, Fitch, Dietz, & Rosenfeld, 1991; Reich & Wells, 1985; Warren, Rosenfeld, Fitch, & Hawk, 1997; Roesch, *Determining competency to stand trial: An examination of evaluation procedures in an institutional setting*, 1979; Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz, & Appelbaum, 2008; Appelbaum & Grisso, *The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment*, 1995).

En la categoría diagnóstica de retraso mental, mientras que algunos trabajos de

investigación no hallaron datos confirmatorios de que el cociente intelectual mermase la capacidad de obrar (Nicholson & Kugler, Competent and incompetent criminal defendants: A quantitative review of comparative research, 1991) ⁽¹³⁾, otros corroboraron dicha asociación (Warren, Fitch, Dietz, & Rosenfeld, 1991).

Posteriormente investigaciones examinaron la relación entre los síntomas psiquiátricos y la determinación de la capacidad de obrar, sin que predominase un enfoque centrado en la ausencia o presencia de enfermedad y sí un paradigma asentado en la evaluación de la gravedad de los hallazgos psicopatológicos y la influencia de los mismos en las habilidades relacionadas con la capacidad decisional (Roesch, Determining competency to stand trial: An examination of evaluation procedures in an institutional setting, 1979; Nicholson & Kugler, Competent and incompetent criminal defendants: A quantitative review of comparative research, 1991; Golding, Roesch, & Schreiber, 1984).

A tenor de la heterogeneidad de la capacidad de obrar según el grupo diagnóstico, no exclusiva de ningún trastorno mental (Jeste, Depp, & Palmer, Magnitud of Impairment in Decisional Capacity in People with Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview, 2006), se procedió a una examen más específico, equiparable a un micro nivel centrado en los síntomas psiquiátricos más que en la

⁽¹³⁾ Nicholson y colaboradores (1991) recopilaron treinta estudios en los que se comparó una muestra de acusados reconocidos capaces con otra muestra de acusados reconocidos incapaces para explorar las posibles variables asociadas a la consideración de la capacidad para ser juzgado. Las características más intensamente relacionadas con la incapacidad para ser juzgado fueron (a) pobre rendimiento en las pruebas psicológicas y entrevistas específicamente diseñadas para evaluar las habilidades psicoleales, (b) un diagnóstico de trastorno psicótico, y (c) los síntomas psiquiátricos asociados con la psicopatología severa. El análisis no pudo demostrar una correlación significativa entre el diagnóstico de retraso mental y la capacidad, si bien ninguno de los acusados perteneció a la categoría de retraso mental moderado o grave (Nicholson & Kugler, Competent and incompetent criminal defendants: A quantitative review of comparative research, 1991).

categorización diagnóstica per sé. Se halló que eran los hallazgos psicopatológicos vinculados inherentemente a la psicosis los síntomas característicos e indicativos de deterioro funcional de las habilidades psicolegales (Hoge, Poythress, Bonnie, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997; Otto, et al., 1998; Rosenfeld & Wall, 1998; Viljoen, Roesch, & Zapf, An examination of the relationship between competency to stand trial, competency to waive interrogation rights, and psychopathology, 2002; Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004; Rutledge, Kennedy, O'Neill, & Kennedy, 2008).

Si bien inicialmente se propuso un modelo de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia para determinar la influencia en la merma de la capacidad (Gibbons, Lewine, Davis, Schooler, & Cole, 1985; Andreasen, 1985), la necesidad de explorar la dimensión de desorganización conceptual derivó en la preponderancia de modelos de al menos tres factores (Lenzenweger, Dworkin, & Wethington, 1991; Gur, et al., 1991; Crippa, Sanches, Hallak, Loureiro, & Zuardi, 2002; Mueser, Curran, & McHugo, Factor Structure of The Brief Psychiatric Rating Scale in Schizophrenia., 1997).

IX. Capacidad de consentir ingreso hospitalario. Internamiento involuntario

Tal y como se ha explicitado anteriormente, el padecimiento de un trastorno mental y las alteraciones psicopatológicas subyacentes fueron motivo de exploración de la capacidad de obrar. Expresión máxima de esta necesidad de evaluación es la que acaece cuando se recomienda el internamiento en unidades de psiquiatría y el paciente rechaza la indicación terapéutica.

Cuando se procede al ingreso hospitalario en el ámbito de la salud mental sin el consentimiento informado del paciente convergen cuestiones de índole deontológico y

jurídico (Hafemeister & Sales, 1984; Appelbaum, Mirkin, & Bateman, Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization, 1981).

Un prerequisite estatutario para un ingreso involuntario válido es la ausencia de capacidad por parte del paciente para tomar decisiones derivada de una enfermedad mental (Appelbaum, Appelbaum, & Grisso, 1998). El ingreso no consentido debe ser una indicación terapéutica de características restrictivas ineludiblemente necesaria para la prevención de un riesgo y/o la consecución de un objetivo terapéutico necesario, ajustándose a lo dispuesto en la legislación vigente y en los Principios del Documento de Naciones Unidas sobre la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental (Naciones Unidas, 1991, p. 210; Barrios Flores, 2012).

Por tanto, la admisión de un paciente involuntario en un centro hospitalario psiquiátrico precisa de la evaluación de la capacidad de obrar del paciente, argumentada mediante la descripción de los síntomas psiquiátricos, explicitando el grado de presunción de la merma de la capacidad de obrar relativa al diagnóstico y al tratamiento, y concretando las medidas sanitarias necesarias, inclusive tratamiento y condiciones de aislamiento (Husum, Bjorngaard, Finset, & Ruud, 2010).

Sin embargo, son escasos los trabajos que han analizado la circunstancia clínica de un posible ingreso hospitalario por padecimiento de un trastorno mental en una institución psiquiátrica sin el consentimiento del paciente y son escasos los protocolos elaborados para evaluar la posible merma de las habilidades psicoleales. En el momento actual los clínicos fundamentan la decisión de un posible internamiento involuntario en el análisis de la exploración psicopatológica.

Las personas que padecen enfermedades mentales pueden presentar dificultades

Introducción

en proporcionar el consentimiento informado en tanto que algunos trastornos psiquiátricos graves producen menoscabo de las facultades necesarias para la comprensión de la situación y uso de un pensamiento racional. Este problema se agudiza en el momento de un ingreso hospitalario en instituciones psiquiátricas, cuando las circunstancias están caracterizadas por un empeoramiento del estado mental que en algunas ocasiones supone incluso riesgo para la propia persona. Es entonces cuando la toma de decisiones terapéuticas se caracteriza por ser más complejas, y por ende, el deterioro de la capacidad de obrar se intensifica (Hoge, On Being "Too crazy" to Sign into a Mental Hospital: The Issue of Consent to Psychiatric Hospitalization, 1994).

Cualquier tipo de hospitalización en instituciones psiquiátricas en las que el paciente no tomase una decisión considerada competente e informada, incluso en un ambiente no coercitivo, debería ser considerada como un ingreso o internamiento involuntario. A partir de la década de los 70` se produjo una tendencia al descenso de los internamientos involuntarios con un progresivo aumento de los internamientos voluntarios (Winick, 1991; Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zinermon Screen, 1996; Halverson, 2005).

Han sido varios los autores y profesionales de la salud mental que han recomendado la voluntariedad del ingreso, argumentando que implicaría una menor estigmatización del paciente y la indicación terapéutica resultaría menos coercitiva y restrictiva (Appelbaum, Appelbaum, & Grisso, 1998). También afirmaban que permitiría al paciente reconocer el padecimiento de un trastorno mental, la necesidad de ayuda terapéutica y respetaría la autonomía individual (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a

Satisfactory Zimerman Screen, 1996). Al cumplirse todas estas condiciones, garantizaría el derecho a solicitar el alta voluntaria como expresión de mayor participación en el proceso terapéutico y mayor responsabilidad personal (Stone, 1999).

Las razones en contra de un ingreso voluntario se fundamentaron en el mayor posible abuso sobre los pacientes (Perlin, 1991), la vulnerabilidad del paciente a ser objeto de coerción o coacción, e incluso que el paciente pudiese ser admitido bajo la amenaza de internamiento involuntario (Gilboy & Schmidt, 1971; Appelbaum, Mirkin, & Bateman, Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization, 1981). De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el ingreso involuntario pretende proteger a las personas que sufren enfermedades mentales susceptibles de tratamiento y que presenten merma de la capacidad de obrar (Dyer & Bloch, 1987; Stone, 1999).

Una de las razones por la que se abogaba por el ingreso consentido era la posible confrontación entre el médico y el paciente en el ingreso involuntario, argumentando que probablemente limitaría la alianza terapéutica y afectaría adversamente a la participación del paciente en el tratamiento (Kellogg, 1997). En cambio, otras investigaciones confirmaron que los pacientes mostraron una mejoría clínica significativa tras el internamiento involuntario y que la valoración que realizaron del mismo y el posterior tratamiento resultó positiva. Encontraron un alto porcentaje de pacientes que justificaron su ingreso involuntario, la necesidad inicial de tratamiento en el hospital y los beneficios percibidos del tratamiento (Katsakou & Priebe, 2006).

Cabe destacar al respecto, que algunas publicaciones hallaron un elevado porcentaje de pacientes que ingresaron voluntariamente a pesar de no tener preservada la capacidad para consentir tratamiento, lo cual invita a considerar la necesidad de un

protocolo (Appelbaum, Mirkin, & Bateman, Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization, 1981; Appelbaum, Appelbaum, & Grisso, 1998). El grupo de trabajo *Task Force*, constituido por la Asociación de Psiquiatría Americana en 1993, elaboró un informe que sugería un umbral bajo para la capacidad de consentir la hospitalización. A partir de ese momento, fueron varios los intentos de elaborar cuestionarios que permitiesen evaluar la capacidad del paciente para consentir el ingreso hospitalario, entre los que destacó el Competency Questionnaire (CQ) ⁽¹⁴⁾.

También han sido pocos los estudios centrados en el análisis psicopatológico de los criterios clínicos de ingreso involuntario, observando que era la experiencia clínica del psiquiatra y la valoración subjetiva del estado mental del paciente lo que regía la indicación médica (Pignon, Rolland, Tebeka, Zouitina-Lietaert, Cottencin, & Vaiva, 2014). A pesar de ello, se han recogido datos de las posibles alteraciones psicopatológicas y grupos diagnósticos vinculados con la merma de la capacidad de obrar.

Trastornos psicóticos

Es el grupo diagnóstico predominante en los internamientos involuntarios y más frecuentemente relacionado con la merma de la capacidad de obrar (Morris & Heinssen,

⁽¹⁴⁾ Billick y colaboradores (1996) realizaron un estudio en el que trataron de categorizar a los pacientes en capaces e incapaces para consentir el ingreso mediante la elaboración de un test, el Competency Questionnaire (CQ). Además aplicaron otras instrumentos de evaluación clínica tales como la escala BPRS, WAIS-R subtest vocabulario y MMSE. Identificaron correlaciones entre los distintos instrumentos de medida, con hallazgos estadísticamente significativos, que permitieron validar ese instrumento como medida de la capacidad para consentir tratamiento (Billick, Naylor, Majeske, Burgert 3rd, & Davis, 1996).

2014)⁽¹⁵⁾. Son trastornos que alteran el juicio de realidad, transitorios o permanentes, que pueden cursar con síntomas positivos (delirios y alucinaciones), con síntomas negativos (apatía, abulia o aplanamiento afectivo), con desorganización conceptual o con deterioro cognitivo, conceptualizada como alteración de la memoria de trabajo (American Psychiatric Association, 2013). Estos síntomas pueden formar parte de la psicopatología de diversos trastornos mentales tales como la esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, trastornos psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias psicoactivas, trastorno psicótico debido a otra enfermedad médica e incluso trastorno afectivo con síntomas psicóticos.

La presencia de síntomas positivos, delirio y alucinaciones entre otros, no siempre se ha correlacionado con la merma de la capacidad de consentir (Hoge, Poythress, Bonnie, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997; Viljoen, Roesch, & Zapf, An examination of the relationship between competency to stand trial, competency to waive interrogation rights, and psychopathology, 2002)⁽¹⁶⁾. Algunos

⁽¹⁵⁾ Morris y Heinssen (2014) realizaron una publicación en la que revisaron las investigaciones más relevantes relacionadas con el proceso del consentimiento informado. Se centraron en el período prodromático antes de la presentación de los síntomas francos de la psicosis, esencial para el desarrollo de estrategias para la detección precoz y la intervención temprana. Se señaló que en el proceso de solicitar el consentimiento informado de los individuos en riesgo elevado de desarrollar psicosis requería una comunicación reflexiva sobre el riesgo de la enfermedad y a menudo incluía la participación de miembros de la familia. Los estudios empíricos que evaluaron el razonamiento del riesgo y la capacidad de toma de decisiones en las personas con riesgo de psicosis sugirieron que la mayoría estaban en condiciones de riesgo para proporcionar adecuadamente consentimiento informado. Se consideró importante la mejora de herramientas y procedimientos.

⁽¹⁶⁾ Hoge y colaboradores agruparon una muestra de tres cientos sesenta y seis varones presuntos delincuentes en el estado de Virginia y Florida con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno afectivo y otros diagnósticos psiquiátricos, siendo excluidos los pacientes con diagnóstico de demencia y retraso mental. Fueron diversificados en dos grupos, los ingresados en una institución psiquiátrica forense para la recuperación de la capacidad y los que permanecieron en instituciones penitenciarias. Se les aplicó varios instrumentos de medición psicopatológica, BPRS-A y WAIS-R, como variables independientes, e instrumentos de medición de la capacidad para ser juzgado (MacSAC-CD). Los resultados evidenciaron

pacientes delirantes con buena conciencia de enfermedad se han encontrado en condiciones mentales de consentir, e incluso, de rechazar un tratamiento (Capdevielle, Raffard, Bayard, & Boulenger, 2011).

En base a esta argumentación, se han analizado los criterios de severidad de los síntomas delirantes y que subsecuentemente podrían mermar la capacidad de consentir, especialmente la habilidad de entendimiento y razonamiento (Hoge, Poythress, Bonnie, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997; Rosenfeld & Wall, 1998; Rutledge, Kennedy, O'Neill, & Kennedy, 2008; Hoge, Bonnie, Poythress, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997; Viljoen, Zapf, & Roesch, *Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial*, 2004) ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾. Son identificativos de gravedad

que no todos los pacientes afectos de esquizofrenia presentaron merma de la capacidad de obrar, si bien obtuvieron puntuaciones más bajas en las habilidades de entendimiento, razonamiento y apreciación, en relación con otros grupos diagnósticos.

⁽¹⁷⁾ En el estudio de Rosenfeld y Wall se evaluó a ciento ochenta y ocho acusados en prisión preventiva para la determinación de la capacidad para ser juzgado por un período de seis meses, desde el 01 de enero hasta el 30 de junio de 1996. El equipo evaluador estaba compuesto por ocho médicos de la Clínica Psiquiátrica Forense de Nueva York. Se exploró (a) el grado general de capacidad (en una escala de calificación de 0-10), (b) si eran capaces de entender los cargos que estaban en su contra y/o eran capaces de ayudar en su defensa, (c) la gravedad de posibles síntomas psiquiátricos, y (d) el diagnóstico clínico. Se demostró la importancia de síntomas de semiología psicótica como trastornos del pensamiento, creencias delirantes y desorientación, relevantes para la predicción de la determinación de la capacidad, incluso comparativamente con los síntomas afectivos o categorías de diagnóstico afectivo. Entre los acusados sin diagnóstico de trastorno psicótico, síntomas como la desorientación, manía o alucinaciones fueron buenos predictores de menoscabo de la capacidad. La desorientación y el funcionamiento intelectual general fue más estrechamente correlacionado con la capacidad de entender. Estos resultados demostraron la relevancia de centrar las evaluaciones clínicas en la gravedad de los síntomas y la relación precisa entre los síntomas y la capacidad, en lugar de centrarse en las propias categorías diagnósticas. No hubo asociación observada entre la capacidad y el diagnóstico de retraso mental o trastorno cognitivo.

⁽¹⁸⁾ El estudio de Rutledge y colaboradores (2008) tuvo como objetivo determinar si los instrumentos de evaluación de la capacidad para declarar y consentir eran independientes del estado mental y la función global en la psicosis. Se agrupó una muestra de ciento dos pacientes forenses con diagnóstico de psicosis a los que se administró la MacCAT-T y MacCAT-FP, PANSS y GAF (Evaluación Global del Funcionamiento). Los resultados del estudio confirmaron la correlación entre la puntuación de las subescalas y total de la MacCAT-T y MacCAT-PF con la PANSS y GAF. Las puntuaciones de gravedad en psicosis, concretamente síntomas positivos tales como delirios y alucinaciones, se correlacionaron inversamente con las habilidades psicolegales.

sintomática el grado de convicción delirante de la creencias falsas e incorregibles, no influenciada por medio de la lógica, con falta de conciencia y crítica de las mismas (Sims, 2008).

Debe también tenerse en cuenta el contenido de la sintomatología delirante. Así por ejemplo, una ideación de persecución, autorreferencialidad y/o de perjuicio, caracterizada por una notable convicción y extensión en distintas esferas de la persona, con una presión y respuesta afectiva notable, podrían favorecer un comportamiento heteroagresivo (Senninger, 2007; Gheorghiev, Raffray, & De Montleau, 2008/10; Richard-Devantoy, *Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur*, 2010). El riesgo o peligro para otras personas es un criterio de internamiento involuntario.

En el caso de delirios de culpa, ruina o enfermedad aumentarían el riesgo de comportamientos autoagresivos, con su expresión máxima mediante el intento autolítico o suicidio consumado (Grunebaum, Galfalvy, Oquendo, Burke, & Mann, 2004). En otras ocasiones dichos síntomas cursan con retraimiento e inhibición psicomotriz, que pueden derivar en negligencia del autocuidado y desnutrición, también vinculado con la merma de la capacidad de obrar, concretamente el entendimiento, y en menor grado razonamiento y apreciación (Jacobs, Ryba, & Zapf, *Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS*, 2008; Otto, et al., 1998; Ryba & Zapf, 2011; Viljoen, Zapf, & Roesch, *Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial*, 2004).

El consumo de sustancias psicoactivas puede agravar la descompensación psicopatológica y aumentar también la probabilidad del comportamiento heteroagresivo (Richard-Devantoy, *Dangeroisté psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur*, 2010).

El humor maníaco, posible síntoma de gravedad del trastorno psicótico, también ha sido vinculado con la merma de la habilidad de razonamiento, si bien no se ha establecido correlación con la habilidad de apreciación o entendimiento (L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé, 2005; Jacobs, Ryba, & Zapf, *Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS*, 2008; De Marco, et al., 2010; Dunn, Palmer, Appelbaum, Saks, Aarons, & Jeste, 2007).

Otros criterios a tener en cuenta sería el impacto del delirio tanto en la esfera personal como en la esfera socioprofesional; de esta forma, y según el contenido del delirio, los pacientes podrían presentar un comportamiento aberrante derivado del pensamiento delirante que favorecería un deterioro de la calidad de vida social, familiar y/o formativo-laboral del paciente; todo ello aumentaría el riesgo de estigmatización (Gerlinger, Hauser, de Hert, Lacluyse, Wampers, & Correll, 2013).

No todos los pacientes con trastornos psicóticos crónicos presentan síntomas productivos y en ocasiones prevalece los síntomas de deterioro cognitivo y de desorganización conceptual (Palmer, Dunn, Appelbaum, & Jeste, 2004; Allueva, 2002). Son varios los estudios en los que se objetivaron cómo las diferencias de la capacidad de consentir se hallaron correlacionadas inversamente con las funciones cognoscitivas y desorganización conceptual más que con la gravedad de la psicopatología positiva

(Carpenter, et al., 2000; Epright, 2010; Wirshing, Wirshing, Marder, Liberman, & Mintz, 1998; O'Leary, Flaum, Kesler, Flashman, Arndt, & Andreasen, 2000; Bilder, Mukherjee, Rieder, & Pandurangi, 1985; Cuesta & Peralta, 1995; Morris & Heinssen, 2014; Saks, Dunn, Marshall, Nayak, Golshan, & Jeste, 2002) ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾.

Los dominios neuropsicológicos correlacionados con la merma de la capacidad de obrar fueron los relativos al aprendizaje, memoria, capacidad de abstracción y flexibilidad cognitiva, vinculados preferentemente con la habilidad de entendimiento y razonamiento (Grisso, Appelbaum, Mulvey, & Fletcher, 1995; Grisso & Appelbaum, The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments, 1995; Appelbaum & Grisso, The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment, 1995). Las alteraciones de la metacognición, en ausencia de sintomatología delirante, ocasionan alteraciones en el conocimiento declarativo, entendiendo por éste el conocimiento que permite a las personas saber qué procesos cognitivos utilizan, y alteraciones en el conocimiento procedimental, descrito como la capacidad de la

⁽¹⁹⁾ Wirshing y colaboradores (1998) realizaron un estudio para evaluar la capacidad de consentir participar en una investigación en una muestra de sujetos afectados de esquizofrenia (concretamente cuarenta y nueve) del centro médico West Los Ángeles Veterans Affairs. Elaboraron un riguroso consentimiento informado que aplicaron en dos tiempos separados por un período de siete días. Concluyeron que los sujetos diagnosticados de esquizofrenia eran capaces de entender y retener componentes críticos de la información del consentimiento informado.

⁽²⁰⁾ O'Leary y colaboradores (1995) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el deterioro heterogéneo de las funciones cognitivas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Para ello tomaron una muestra de noventa hombres y cuarenta y cuatro mujeres con diagnóstico de esquizofrenia según DSM IV que fueron ingresados en el Centro de Investigación de Salud Mental de la Universidad de Iowa. Se procedió a la exploración psicopatológica mediante la escala SANS y SAPS durante el tiempo que los pacientes permanecieron hospitalizados, además de instrumentos de medida neuropsicológica con la escala WAIS-R. Se analizó la correlación entre las tres dimensiones de semiología psicótica, síntomas positivos, negativos y desorganización. Se concluyó que los síntomas negativos, predominantemente, y síntomas de desorganización estaban asociados con la disfunción cognitiva, mientras que los síntomas positivos no pudieron ser vinculados con significación estadística.

persona para controlar sus procesos cognitivos; todo lo cual merma la capacidad de consentir (Koren, Poyurovsky, Seidman, Goldsmith, Wenger, & Klein, 2005).

El grupo diagnóstico perteneciente a los trastorno psicóticos que más frecuentemente ha sido estudiado para valorar su capacidad decisional es el de los pacientes afectos de esquizofrenia (Grisso & Appelbaum, *Mentally Ill and Non-Mentally-Ill Patients' Abilities to Understand Informed Consent Disclosures for Medication*, 1991; Wirshing, Wirshing, Marder, Liberman, & Mintz, 1998; Moser, et al., 2002; Carpenter, et al., 2000; Palmer, Savla, Roesch, & Jeste, 2013)⁽²¹⁾.

En un estudio realizado por McEvoy y colaboradores (1989) identificaron que el 46 % de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (24 de 52) que ingresaron por episodios psicóticos agudos asociados con el incumplimiento del tratamiento precisaron ingreso involuntario. Este grupo de pacientes fueron considerados clínicamente más graves que aquellos que ingresaron voluntariamente, llegando a precisar un internamiento por un período más prolongado. Este mismo grupo fue menos propenso a reconocer que estaban enfermos mentalmente y que precisaban tratamiento (McEvoy, Applebaum, Apperson, Gueller, & Freter, 1989).

⁽²¹⁾ Moser y colaboradores (2002) evaluaron el grado en que individuos con diagnóstico de esquizofrenia, afectos de síntomas psiquiátricos y un funcionamiento cognitivo deteriorado, eran capaces de dar su consentimiento informado para participar en investigaciones, comparativamente con un grupo poblacional de pacientes con diagnóstico de VIH. Se procedió a la administración de varios instrumentos de evaluación neuropsiquiátrica y evaluación de la capacidad (MacCAT-CR). Se concluyó que la mayoría de los sujetos de ambos grupos de estudio, esquizofrenia (80%) y pacientes con VIH (96%), demostraron un adecuado entendimiento para proporcionar consentimiento para un hipotético estudio de investigación, si bien el grupo de esquizofrenia obtuvo un rendimiento más débil en la habilidad de entendimiento y razonamiento. En el análisis intragrupo de pacientes afectos de esquizofrenia, las habilidades cognitivas se encontraron fuertemente asociadas con la capacidad decisional.

Trastornos del humor

Forman parte de otra categoría diagnóstica frecuentemente vinculada con la merma de la capacidad decisional y por tanto con el ingreso involuntario (Grisso & Appelbaum, *Mentally Ill and Non-Mentally-Ill Patients' Abilities to Understand Informed Consent Disclosures for Medication*, 1991). Pueden considerarse tres tipos distintos de trastornos afectivos: aquellos con predominio de ánimo depresivo, aquellos con exaltación del estado de humor y los conocidos como estado mixtos.

En el caso de los trastornos depresivos, el principal síntoma sería un empeoramiento de la experiencia de la emoción que impregnaría también las cogniciones del paciente. Podrían existir sensaciones corporales asociadas al humor, alteración de los sentimientos de la capacidad, ausencia, embotamiento y aplanamiento afectivo, anhedonia y pensamiento suicidas (American Psychiatric Association, 2013; Sims, 2008). Los síntomas depresivos no han sido correlacionados con la merma de la capacidad de obrar ni con las habilidades que la conforman (Jacobs, Ryba, & Zapf, *Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS*, 2008) ⁽²²⁾.

⁽²²⁾ Jacobs y colaboradores (2008) analizaron las estructuras factoriales de la BPRS y la MacCAT-CA, cada una de las cuales en dos de sus versiones (BPRS 18 ítems con cuatro grupos factoriales definidos por Hedlund y Vieweg, y BPRS 24 ítems con cinco dimensiones factoriales; MacCAT-CA con la estructura factorial de tres subescalas extraídas por los propios autores y la MacCAT-CA con tres factores discretamente distintos definidos por Zapf, Skeen y Golding). Confirmaron la correlación entre los síntomas psiquiátricos, los subgrupos de síntomas y las habilidades relacionadas con la capacidad.

Se confirmó correlación negativa entre el factor psicoticismo y las tres habilidades psicolegales. También concluyó que el factor retraimiento estaba firmemente correlacionado con la habilidad entendimiento y levemente con el razonamiento y apreciación. El factor depresión no se correlacionó con ninguna de las habilidades. En cambio se evidenció la correlación significativa entre síntomas como la excitación, hiperactividad, tensión, distractibilidad y humor elevado con la habilidad razonamiento, pero no con la habilidad entendimiento y apreciación.

El principal criterio de ingreso no consentido en los trastornos del humor depresivo sería el riesgo suicida y la peligrosidad conductual, con posible impacto en la esfera social, personal, formativo-laboral, que llegaría incluso a cometer conductas de tinte delincuencia (Grunebaum, Galfalvy, Oquendo, Burke, & Mann, 2004; Bassett, 2010; Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012). Otros criterios estarían en relación con el factor retraimiento, tales como abandono de hábitos higiénico dietéticos y negligencia del autocuidado, que derivarían en la merma franca de la habilidad de entendimiento y levemente la habilidad de razonamiento y apreciación (L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé, 2005; Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008).

Los trastornos maníacos, en los que predomina un humor eufórico, con aceleración del pensamiento, ideación megalomaniaca, disforia, hiperactividad, tensión, distractibilidad e incluso agitación, han sido asociados con la merma de la habilidad de razonamiento, pero no con el criterio de entendimiento y apreciación (Schuepbach, Goetz, Boeker, & Hell, 2006; Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008; Palmer, Dunn, Depp, Eyler, & Jeste, 2007). En situaciones de máxima gravedad, podrían producirse comportamientos de riesgo, que incluyen también abuso de sustancias psicoactivas (Cassidy, Ahearn, & Carroll, 2001) y conductas suicidas (Bassett, 2010).

Para una óptima evaluación del riesgo suicida, deberían analizarse determinadas variables que permitiesen una valoración diagnóstica, terapéutica y pronóstica, y de las que se dedujesen la necesidad de ingreso no consentido. Deberían considerarse factores

de mal pronóstico los antecedentes personales y familiares de comportamiento suicida, la impulsividad, la racionalización de la decisión, la ausencia de crítica de la ideación suicida, el aislamiento social y profesional, la preparación para la actuación, factores precipitantes tales como factores vitales estresantes, disponibilidad de medio letal, sexo varón y edad superior a los 45 años (Federation Francaise de Psychiatrie, 2000; Aschan, Goodwin, Cross, Moran, Hotopf, & Hatch, 2013).

Trastornos mentales orgánicos

El trastorno mental orgánico también precisa de evaluación de la capacidad de autogobierno. De acuerdo con la definición de Demencia que refiere la OMS:

“La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación (Organización Mundial de la Salud, 2015)” .

Las formas, o causas, de la demencia serían múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, suponiendo un 60% y un 70% de los casos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La capacidad de consentir podría estar obviamente perturbada y por ende, sería necesario el ingreso no consentido en varias circunstancias (Pignon, Rolland, Tebeka, Zouitina-Lietaert, Cottencin, & Vaiva, 2014). De acuerdo con la literatura, la merma de la capacidad de consentir tratamiento en los paciente con demencia es multidimensional (Berg, Appelbaum, Lidz, & Parker, 2001; Dymek, Marson, & Harrell, 1999).

Los aspectos neurológicos y cognitivos que intervendrían en la toma de decisiones son el nivel de conciencia, la percepción de estímulos, las funciones cognitivas (memoria, atención, gnosias, lenguaje, cálculo, orientación de la realidad, praxias), las funciones ejecutivas (razonamiento abstracto y motivación-autocontrol), el estado psicoafectivo, la ideación espontánea y la conciencia de enfermedad; todos ellos precisan de un equilibrio emocional que no distorsione la ejecución de las mismas (Grupo Documento Sitges 2009, 2009; Earnst, Marson, & Harrell, 2000).

Todas estas funciones afectarían a la capacidad de consentimiento de las personas con demencia, concretamente, la habilidad de entendimiento, razonamiento y apreciación, que puede fluctuar en función de la persona y el momento evolutivo de la demencia (Moye & Marson, Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research, 2007; Moye, Karel, Azar, & Gurrera, 2004; Moye, Karel, Gurrera, & Azar, 2006; Gurrera, Moye, Karel, Azar, & Armesto, 2006; Dreer, DeVivo, Novack, Krzywanski, & Marson, 2008).

Otras características clínicas que merman la capacidad de obrar y por las que el paciente puede precisar ingreso no consentido son las alteraciones psicopatológicas como delirios, estados depresivos, estados de ansiedad o cambios de los rasgos de personalidad más características de los estados prodrómicos de la demencia o las alteraciones conductuales, que en ocasiones se expresarían en forma de episodios de auto y heteroagresividad, llegando incluso a poner en peligro al paciente o a terceras personas (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2009).

A pesar de la existencia de numerosos estudios en los que se ha analizado la enfermedad mental, la gravedad de los síntomas psiquiátricos y la relación de los mismos en las habilidades de la capacidad decisional, son pocos los estudios que han

analizado el internamiento involuntario, como expresión de la merma de la capacidad decisional. Resulta difícil definir criterios consensuales de incapacidad, de forma que se han expuesto los factores de gravedad y las alteraciones psicopatológicas que merman la capacidad de consentir. Existe poco consenso dependiendo de las condiciones y criterios (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012; Hustoft, Larsen, Bjorn, Joa, & Johannessen, 2013; Coldefy, et al., 2007; Cairns, et al., 2005; Hustoft, Larsen, Bjorn, Joa, & Johannessen, 2013; Hustoft, Larsen, Bjorn, Joa, & Johannessen, 2013).

Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropas

Una definición de adicción de la que se puede inferir la necesidad de evaluación de la capacidad de obrar es la elaborada por Goodman:

“un proceso mediante el cual un comportamiento, que puede funcionar para producir placer como para proporcionar alivio de una incomodidad interna, se emplea en un patrón caracterizado por el fracaso recurrente para controlar el comportamiento, impotencia, y la persistencia de la conducta a pesar de consecuencias negativas significativas de ingobernabilidad” (Goodman, 1990).

Existen circunstancias en las que se debería considerar la necesidad de judicialización del ingreso en el contexto de padecimiento de un trastorno adictivo, como es el caso de la abstinencia física, la ideación suicida expresada en el contexto de intoxicación aguda o crónica por sustancias psicoactivas (Cottencin, Guardia, & Rolland, 2011) o aquellas con potenciales conductas peligrosas para sí mismo o para otros (L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé, 2005; Federation Française de Psychiatrie, 2000). Por otra parte, el uso crónico de las sustancias a menudo producen trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias psicoactivas, como trastornos psicóticos, trastornos depresivos, trastornos maníacos, trastornos obsesivos-

compulsivos, trastornos de ansiedad, entre otros (American Psychiatric Association, 2013), que podrían expresarse con alteraciones psicopatológicas que mermasen la capacidad de obrar del paciente y, que subsecuentemente, derivasen en un ingreso no consentido.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de la alimentación están siendo cada vez más estudiados en lo relativo a la capacidad para decidir el ingreso. Dos son los cuadros más frecuentes de manifestación, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa (American Psychiatric Association, 2013). Es en este segundo tipo de trastorno alimentario en el que el paciente podría presentar mayor riesgo para su estado de salud, no sólo por la pérdida ponderal y las alteraciones nutricionales asociadas, sino también por los trastornos cognoscitivos asociados, caracterizados fundamentalmente por deterioro de la flexibilidad cognitiva y de las funciones ejecutivas para la planificación secuenciada de tareas (Roberts, Tchanturia, & Treasure, 2010; Tchanturia, et al., 2011; L'Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA), 2010).

En situaciones de severidad podrían derivar incluso en la merma de la capacidad de consentir, en tanto que el deterioro cognitivo está asociado con la merma de la habilidad de entendimiento y razonamiento (Bauwens, Cottencin, Rolland, Bonord, & Guardia, 2014; Holm, Brixen, Andries, Horder, & Stoving, 2012; Moser, et al., 2002).

Tan y colaboradores (2003) realizaron un estudio cualitativo para explorar las creencias y los valores relacionados con la capacidad de rechazar tratamiento en una población de mujeres afectas de anorexia nerviosa, mediante la aplicación de la

MacCAT-T como instrumento de medida de evaluación de la capacidad de obrar. Se encontraron datos de que los pacientes presentaban una actitud subestimada de la muerte y la minusvalía, cambios en el sentido de valores y la identidad personal que favorecían la renuncia al tratamiento y una apreciable ambivalencia con respecto al tratamiento y la recuperación. Es por ello que se concluyó la necesidad de una evaluación exhaustiva y específica en los pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario, en la que se debería evaluar una amplia gama de valores y creencias (Jacinta, Hope, & Stewart, 2003).

Trastornos de personalidad

Se entiende por personalidad a la estructura dinámica con componentes teóricamente estables emocionales, intelectuales, fisiológicos, biológicos y morfológicos que conforman la originalidad del individuo y que permiten adaptarse a las circunstancias ambientales. El diagnóstico de trastorno de personalidad se refiere a un estilo de vida, intercambios relacionales, reacciones afectivas y emocionales, que no permiten la adaptación a las sucesivas experiencias, positivas, neutras o negativas generando sufrimiento y la interrupción del funcionamiento psicosocial (Sims, 2008).

La investigación en las ciencias neurocognitivas y en las neurociencias del desarrollo ha demostrado la existencia de sustratos neuronales y correlatos neurobiológicos derivados de experiencias vitales adversas que podrían tener efectos tanto en los trastornos de personalidad como otros trastornos psiquiátricos (Kiehl, et al., 2001). La manifestación del trastorno de la personalidad en la edad adulta puede ser una intensa disregulación emocional, estrategias de autorregulación desadaptativas, consumo de sustancias psicoactivas, pensamientos distorsionados con percepción de hostilidad, deficiencias en las competencias sociales, deficiencias empáticas y el

desequilibrio comportamental que podría derivar en desinhibición, agitación y conductas suicidas (Anda, et al., 2006; López-Ibor, 2012). Las alteraciones funcionales asociadas a los pacientes con trastornos de personalidad pueden ser tan graves como los asociados a otros trastornos.

Cada trastorno de la personalidad puede ser un factor de riesgo de descompensación de patologías específicas; así, por ejemplo, el trastorno esquizotípico de la personalidad presenta mayor riesgo de trastorno psicótico y el trastorno de personalidad evasiva se relaciona con mayor riesgo de trastorno depresivo (American Psychiatric Association, 2013; Krueger, The Structure of Common Mental Disorders, 1995; Krueger, Markon, Patrick, & Iacono, 2005).

El desarrollo de comorbilidad, al igual que los síntomas derivados del padecimiento del trastorno de personalidad, podrían precisar internamiento no consentido en unidades de psiquiatría como expresión de la merma parcial de la capacidad de consentir.

La necesidad de ingreso no consentido es más frecuente en pacientes afectos de trastorno límite y antisocial de la personalidad, con predominio de conductas autoagresivas e intentos autolíticos en el primer subtipo y conductas heteroagresivas en el segundo subtipo (Kinscherff, 2010; Howe E. , 2013; St. Germain & Hooley, 2012).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis y Objetivos

Las entidades clínicas que más estrechamente están relacionadas con la merma de la capacidad decisional son los trastornos mentales y, concretamente, las alteraciones psicopatológicas de semiología psicótica. De acuerdo con esto, la hipótesis del actual trabajo de investigación es confirmar hasta qué punto predominan los síntomas psicóticos en la exploración mental de una población con merma de la capacidad de obrar que precisa ingreso no consentido en una institución hospitalaria psiquiátrica.

Para ello, el objetivo principal es analizar la exploración psicopatológica de una cohorte de ingresos involuntarios mediante una herramienta de evaluación psicopatológica validada tanto en el ámbito clínico como en el ámbito de la investigación, concretamente la escala BPRS.

Otros objetivos en el actual trabajo de investigación son:

- I. Evaluar posibles diferencias según la variable género en los hallazgos psicopatológicos relevantes que han podido influir en el menoscabo de la capacidad de obrar o de algunas de las habilidades constitutivas de la misma para consentir ingreso hospitalario.
- II. Evaluar de forma distinguida en función de la variable categoría diagnóstica de la cohorte de ingresos no consentidos las alteraciones psicopatológicas relevantes que han podido mermar la capacidad decisional.
- III. Analizar las posibles correlaciones de las cuatro dimensiones psicopatológicas procedentes de la administración de la escala BPRS en la cohorte seleccionada, con merma de la capacidad de consentir el internamiento hospitalario por padecimiento de

un trastorno mental.

- IV. Analizar la posible correlación entre el número de días de internamiento y la gravedad de la síntomas psiquiátricos medida mediante la puntuación total de la escala BPRS administrada en la muestra seleccionada.
- V. Asociar las características clínicas psicopatológicas identificadas en la cohorte de ingresos no consentido con las distintas habilidades psicolegales descritas acorde a las correlaciones halladas en las distintas publicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y Métodos

Tipo de diseño, período y ámbito de estudio

Se diseñó un estudio retrospectivo correlacional de una cohorte de pacientes que ingresaron en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor en el año natural 2013. Es una institución psiquiátrica que ofrece tratamiento hospitalario y ambulatorio ubicada en la Comunidad de Madrid. Está acreditada por la autoridad competente para admitir pacientes involuntarios.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Clínico San Carlos. Para proceder a la recogida, conservación y análisis de los datos, garantizando la protección de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos, acorde a las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se ha realizado un procedimiento de disociación de datos con la asignación de un código alfanumérico a cada paciente (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud, 2002; BOE. , 2011).

Se ha decidido prescindir del consentimiento informado atendiendo a las siguientes consideraciones:

- I. Se trata de investigar una condición clínica de padecimiento de un trastorno mental en la que el paciente presenta merma de la capacidad de obrar, concretamente,

de la capacidad para consentir ingreso hospitalario en una institución psiquiátrica hospitalaria, que en numerosas ocasiones se produce en un contexto de urgencia.

- II. Existe una elevada probabilidad de objeción para otorgar el consentimiento informado que sesgaría el análisis e interpretación de los resultados, en tanto que algunos pacientes no tienen conciencia de enfermedad o presentan alteración del juicio de realidad, situación clínica que puede ser transitoria o persistente.
- III. La solicitud del consentimiento informado en algunos pacientes podría ser motivo de turbación o malestar suficiente atendiendo a su salud mental. Por ejemplo, un paciente en fase de descompensación con actividad delirante y/o alucinatoria que pueda desarrollar una interpretación delusiva de dicha solicitud.

Selección de la población

La población diana fue seleccionada según los criterios de inclusión referidos a continuación y la muestra, así como su tamaño muestral, según los datos obrantes en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de pacientes hospitalizados.

Criterios de inclusión (población diana): pacientes mayores de edad que ingresaron en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor y pacientes que precisaron autorización judicial del Juzgado de Instrucción número 94 de Madrid por presentar merma de la capacidad de obrar de acuerdo con los criterios clínicos del psiquiatra referente.

Criterios de exclusión: pacientes menores de edad.

Selección de la muestra y tamaño muestral: durante el período del año natural 2013 en una primera fase del estudio se reclutaron 732 de los 774 que ingresaron en régimen hospitalario en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López

Ibor, siendo excluidos del estudio aquellos que no habían alcanzado la mayoría de edad. En una segunda fase del estudio, se seleccionó la cohorte de ingresos no consentidos, compuesto por un número de 78 sujetos.

Recogida de datos

En una primera fase se ha realizado un procedimiento de disociación de datos procedentes del Conjunto Mínimo Básico de Datos de pacientes hospitalizados relativos al año natural 2013 para un análisis estadístico según las variables seleccionadas.

En una segunda fase del trabajo de investigación, se ha reclutado al conjunto de pacientes que ingresaron en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor mediante un proceso de muestreo no probabilístico cuyo criterio de selección viene determinado por la variable de selección de valor “*ingreso no consentido*”, y por ende, que ha precisado la validación judicial para proceder a un diseño retrospectivo de grupo único correlacional. Se ha realizado un análisis exhaustivo de la exploración psicopatológica con la que se argumentó ante las autoridades judiciales la involuntariedad del internamiento mediante la BPRS versión 18 ítems administrada.

Materiales

En este trabajo de investigación se ha utilizado como instrumento de evaluación psicopatológica la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS), concretamente la versión 18 ítems extraída del Programa FAES 2.1 Cuestionarios y escalas de valoración de salud mental, procedentes de la versión original Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962).

Es una de las herramientas más utilizadas en el ámbito clínico, en el ámbito de la investigación y en el ámbito de la jurisprudencia, que proporciona una evaluación de síntomas psicopatológicos comunes. La versión original de 16 ítems fue ampliada a los 18 ítems en 1966. Posteriormente, se amplió a una versión de 24 ítems (Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, Appendix A. Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 1986). Fue desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de las variaciones producidas específicamente en los síntomas psicóticos, si bien también permite la evaluación de otras alteraciones psicopatológicas (Lukoff, Liberman, & Nuechterlein, Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients, 1986; Yung, et al., 2005; Biancosino, Picardi, Marmai, Biondi, & Grassi, 2010; Zanello, Berthoud, Ventura, & Merlo, 2013; Leucht, Kane, Kissling, Hamann, Estchel, & Engel, 2005).

En la actualidad la versión española se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico. La versión más utilizada consta de 18 ítems, aunque existe una versión traducida ampliada con 24 ítems (Bobes García, G.-Portilla, Bascarán Fernández, Saíz Martínez, & Bousoño García, 2004). Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y la puntuación (Anexo VII. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica. Brief Psychiatric Rating Scale. BPRS). Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada.

La corrección e interpretación en la versión española validada de los 18 ítems proporciona una puntuación total y puntuaciones en dos apartados, síntomas positivos y síntomas negativos ⁽²³⁾ (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Múltiples estudios han reportado óptimos índices de tasa de fiabilidad para la BPRS (Lachar, et al., 2001). En todos ellos ha destacado una validez interna satisfactoria atendiendo a óptimos índices de concordancia en todos los ítems de la escala, en la que la recogida de datos procede de lo que reporta el paciente y de lo observado (Morlan & Tan, 1998) ⁽²⁴⁾.

Han surgido numerosos paradigmas de distinción de subescalas o factores del análisis factorial de la escala BPRS (Shafer, 2005), al identificar que el examen dimensional permitía documentar los efectos del tratamiento psicoterapéutico o psicofarmacológico en los pacientes respondedores (Lachar, et al., 2001; Long & Brekke, 1999) ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾. Si bien los primeros estudios abogaron por un modelo de dos

⁽²³⁾ Puntuación total (18 ítems) = 18 – 126. Puntuación cluster síntomas negativos (ítem 3, 13, 16 y 18) = 4 – 28. Puntuación cluster síntomas positivos (ítem 4, 11, 12 y 15) = 4 – 28.

⁽²⁴⁾ Morlan y Tan (1998) realizaron un estudio en el que compararon dos escalas de psicopatología, la BPRS y la BSI (Inventario Breve de Síntomas), dos instrumentos de elevada fiabilidad y validez. Para ello, se reclutó una muestra de 27 voluntarios con enfermedad mental crónica procedentes de un programa terapéutico del Sur de California. Se encontró una correlación significativa entre las puntuaciones totales de la BPRS y la BSI, al igual que en las subescalas de ansiedad, depresión y hostilidad de ambos instrumentos. Se cuestionó la validez discriminante al considerar que ninguna de las dos escalas podría ser usada para indicar la naturaleza precisa de la psicopatología.

⁽²⁵⁾ En el estudio realizado por Lachar y colaboradores (2001) se reclutó una muestra de 2921 pacientes adultos a los que se aplicó la versión expandida de 18 ítems de la BPRS admitidos desde enero hasta junio de 1997 en el HCPC (Harris County Psychiatric Center), unidad hospitalaria psiquiátrica de agudos del sector público. Se procedió al análisis factorial para la construcción de cuatro subescalas no superponibles: resistencia, síntomas positivos, síntomas negativos y malestar psicológico.

⁽²⁶⁾ Long y Brekke (1999) realizaron este estudio con el objetivo de explorar la posible constancia de la estructura factorial de la BPRS en el tiempo. Para ello reclutaron una muestra de 193 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia no aguda o trastorno esquizoafectivo, a los que fue administrado

dimensiones (síntomas positivos y síntomas negativos), posteriores investigadores insistieron en la idoneidad de incrementar el número de factores a tres, cuatro y cinco (Nicholson, Chapman, & Neufeld, 1995) ⁽²⁷⁾.

Sucesivos trabajos tuvieron como objetivo principal determinar qué síntomas y subgrupos sintomáticos de la BPRS estaban correlacionados con las variables de la capacidad decisional vinculadas a los elementos básicos del consentimiento informado para un óptimo proceso de toma de decisión. En los análisis íntegros y completos de los síntomas específicos de la BPRS, se revelaron correlaciones sólidas y estables con los déficits de la capacidad en el caso de padecimiento de síntomas delirantes, alucinaciones, desorganización conceptual y pensamiento inusuales (Hoge, Poythress, Bonnie, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997; Hoge, Bonnie, Poythress, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997; Ryba & Zapf, 2011; Rosenfeld & Wall, 1998; Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004).

semestralmente la BPRS durante 3 años. Se procedió al análisis factorial confirmatorio de forma comparativa con el modelo de cuatro factores de Mueser, Curran y McHugo (1997), tanto para la versión de 16 ítems como de 18 ítems de la BPRS. Los resultados mostraron constancia de configuración en el tiempo, más apreciable en la versión de 16 ítems; se sugirió que los factores “distorsión del pensamiento”, “anergia”, “afecto” y “desorganización” perduraban en al menos un período de tres años, pero con correlaciones de distinta fuerza.

⁽²⁷⁾ Nicholson y colaboradores (1995) realizaron una investigación con el objeto de unificar los criterios definitorios de las dimensiones extraídas del análisis factorial de la BPRS. Reunieron una muestra de cien pacientes con diagnóstico de esquizofrenia procedentes de un hospital provincial psiquiátrico de Londres, Ontario y Canadá; fueron excluidos aquellos con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Fueron entrevistados y evaluados con la escala a examen en el estudio, la SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms) y la SAPS (Scale for Assessment of Positive Symptoms). Se identificó que la definición de los síntomas negativos estaba altamente correlacionada con las otras definiciones aportadas y con la SANS. En cambio, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la definición de los síntomas positivos con el criterio externo de SAPS. Debido a ello, se propusieron posibles definiciones estándar para los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia para el uso de la BPRS en futuras investigaciones.

Variables de estudio

Las variables independientes del actual trabajo de investigación son la variable dicotómica género, la variable cuantitativa edad, las variables cuantitativas puntuación ítems escala BPRS, puntuación factores escala BPRS y puntuación total escala BPRS.

Las variables dependientes son la variable cualitativa categoría diagnóstica, la variable cuantitativa días de ingreso, la variable dicotómica judicialización del ingreso.

La definición de la variable categoría diagnóstica se representa según los criterios diagnósticos recogidos en la CIE 10 (Anexo VI) (Organización Mundial de la Salud, 1992):

- F00-F09: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas.
- F20-F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F30-F39: Trastornos del humor.
- F40-F49: Trastorno neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F60-F69: Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.
- F70-F79: Retraso mental.
- Otros: Cualquier otro diagnóstico recogido en la CIE 10 no descrito en categorías diagnósticas previas.

La variable puntuación de cada ítems de la escala BPRS, extraída del Programa FAES 2.1 Cuestionarios y escalas de valoración de salud mental (Anexo VII), queda definida por los siguientes 18 ítems:

- Ítem 1. Preocupación somática (1 – 7).
- Ítem 2. Ansiedad (1- 7).
- Ítem 3. Aislamiento emocional (1 – 7).
- Ítem 4. Desorganización conceptual (1 – 7).
- Ítem 5. Sentimientos de culpabilidad (1 – 7).
- Ítem 6. Tensión (1 – 7).
- Ítem 7. Manierismo y posturas corporales extrañas (1 – 7).
- Ítem 8. Grandeza (1 – 7).
- Ítem 9. Estado de ánimo depresivo (1 – 7).
- Ítem 10. Hostilidad (1 – 7).
- Ítem 11. Susplicacia (1 – 7).
- Ítem 12. Conducta alucinatoria (1 – 7).
- Ítem 13. Retraso motor (1 – 7).
- Ítem 14. No cooperativo (1 – 7).
- Ítem 15. Contenido inusual del pensamiento (1 – 7).
- Ítem 16. Afecto aplanado (1 – 7).
- Ítem 17. Excitación (1 – 7).
- Ítem 18. Desorientación (1 – 7).

La variable puntuación de los factores de la escala BPRS según el análisis factorial realizado por Jacobs y colaboradores queda descrita de la siguiente manera (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008):

- Factor psicoticismo: contenido inusual del pensamiento, conducta alucinatoria y desorganización conceptual (3 – 21).
- Factor hostilidad: suspicacia, hostilidad y no cooperación (3 – 21).
- Factor depresión: ansiedad, estado de ánimo depresivo y sentimiento de culpabilidad (3- 21).

- Factor retraimiento: aislamiento emocional, afecto aplanado y retraso motor (3-21).

La variable puntuación de las dimensiones de la escala BPRS se concreta mediante las siguientes dimensiones:

- Dimensión positiva: resultante del sumatorio del ítem desorganización conceptual (4), suspicacia (11), conducta alucinatoria (12) y contenido inusual del pensamiento (15). El intervalo de los valores es desde 4 a 28.
- Dimensión negativa: resultante del sumatorio del ítem aislamiento emocional (3), retraso motor (13), afecto aplanado (16) y desorientación (18). El intervalo de valores es 4 hasta 28.

La variable puntuación total de la escala BPRS es el resultante del sumatorio de los 18 ítems de la escala BPRS (18-126).

Análisis estadístico

Una primera fase del estudio, en la que se ha procedido al análisis estadístico descriptivo de las variables reseñadas, que incluyen género, edad, días de ingreso, grupo diagnóstico e involuntariedad del ingreso, usando las tablas de distribución de frecuencias (absolutas y relativas), representaciones gráficas (diagramas de barras, cajas y bigotes y diagramas de dispersión), índices de tendencia central (media y mediana) y posición (percentiles), índices de variabilidad (desviación típica, rango), índices de asimetría (índice intercuartílico) e índices que informan de la relación entre variables (correlación). Las pruebas de significación estadística para las variables cuantitativas fueron bilaterales, rechazando la hipótesis nula con un nivel de significación estadística del 5%.

En una segunda fase del trabajo de investigación en la que se ha seleccionado la cohorte de ingresos no voluntarios, se ha procedido al análisis estadístico descriptivo de las variables edad, género, días de ingreso, categoría diagnóstica, puntuación ítems escalas BPRS, puntuación dimensión síntomas positivos y síntomas negativos, puntuación factores BPRS (psicoticismo, hostilidad, depresión y retraimiento) y puntuación total BPRS. Se han buscado regularidades utilizando las representaciones gráficas y se han intentado pronosticar resultados mediante la regresión. También se ha procedido a un análisis de asociación y de correlación para evaluar las relaciones entre los hallazgos de capacidad, variables de categoría diagnóstica, datos demográficos y alteraciones psicopatológicas.

Para cada uno de los análisis detallado se ha probado el cumplimiento de las asunciones para su eventual realización mediante pruebas paramétricas (t-Student y correlaciones de Pearson) empleando para ello pruebas de normalidad (Shapiro-Wilks). En caso de que no se hayan cumplido las asunciones correspondientes, los estudios propuestos han precisado que sean realizadas mediante las pruebas no paramétricas equivalentes (U de Mann-Whitney y correlaciones de Spearman y Tau de Kendall).

Se han calculado los coeficientes de correlación de Spearman para las variables continuas, concretamente días de ingreso, edad, puntuación total BPRS, puntuación factores BPRS y puntuación ítems BPRS.

También se ha procedido a la comparación de las puntuaciones de los factores analizados entre hombres y mujeres mediante una prueba de t-Student de grupos independientes en caso de normalidad o su equivalente no paramétrica en caso contrario (U de Mann-Whitney).

También se ha procedido a la comparación de las puntuaciones de los factores analizados entre los distintos diagnósticos pero sólo en aquellos diagnósticos que incluyen cinco o más sujetos. Puesto que se han realizado tres comparaciones posibles entre diagnósticos dos a dos (cada uno de los diagnósticos frente a los otros dos) para cada uno de los factores BPRS, el nuevo nivel de significación para el contraste debería ser el “alfa” de 0.05 dividido entre las tres comparaciones que se realizan: $0.05/3=0.01667$. Es decir, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medianas, cuando el p-Valor es inferior a este nuevo alfa ($P<0.01667$). Se le conoce como corrección de Bonferroni.

Otro de los análisis estadístico realizado ha sido el análisis exploratorio factorial (con rotación VariMax) de los 18 ítems de la escala BPRS con la muestra global ($n=78$) con el fin de identificar la estructura factorial subyacente y reducir las dimensiones de la BPRS para posterior comparación con los factores descritos. Para ello y en primer lugar, se han obtenido las correlaciones significativas (con un intervalo de confianza del 95%) entre los ítems de las puntuaciones BPRS excluyendo los factores compuestos por combinaciones lineales de los 18 ítems. En segundo lugar, se ha realizado una rotación (VariMax) de los factores/ejes obtenidos para maximizar la varianza explicada por cada eje factorial extractado. Una vez obtenidas las puntuaciones factoriales para cada ítem, se han generado 4 ejes factoriales que recogen la información de los 18 ítems originales. Con intencionalidad de analizar la correlación o analogía de estos cuatro factores con los ya documentados (psicoticismo, retraimiento, hostilidad y depresión), se han calculado las correlaciones entre los 4 ejes factoriales generados y los factores del BPRS (psicoticismo, retraimiento, hostilidad y depresión) y se han examinado cómo son representados en los ejes factoriales calculados y cuál es la correspondencia de cada uno (se han seleccionado las correlaciones significativas (95%).

Por último, se ha procedido a elaborar los gráficos Forest plot de las variables BPRS total, psicoticismo, retraimiento, hostilidad y depresión de los estudios publicados en la literatura. Para evaluar la medida de heterogeneidad, se ha procedido a la realización de la prueba Chi Cuadrado, entendiendo por heterogeneidad como la variabilidad entre los efectos evaluados en los distintos estudios. Los valores de la I^2 entre un 0 y 40 % indican heterogeneidad no considerable.

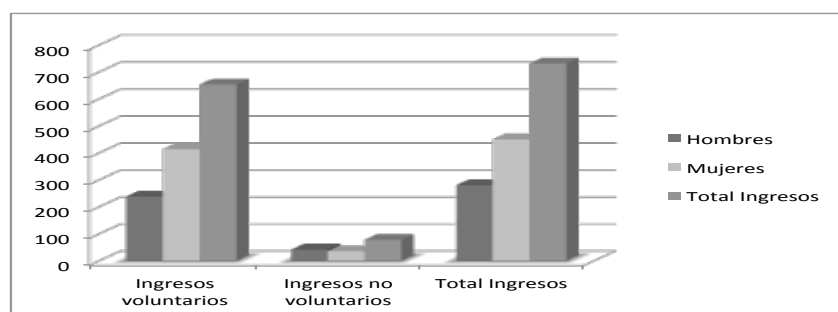
RESULTADOS

Resultados

I. Cohorte de ingresos consentidos y no consentidos.

Los datos de la presente investigación proceden de una cohorte correspondiente a 774 pacientes que ingresaron en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor en el año natural 2013, de los cuales han sido excluidos del estudio los pacientes menores de edad, resultando una muestra de 732 pacientes. Del conjunto de esta muestra, 281 sujetos eran hombres, concretamente un 39 %, mientras que un 64 % fueron mujeres, 451.

De la muestra reclutada, el 89 % no presentó merma de la capacidad de obrar versus un 11 %, 78 pacientes, que presentaron deterioro de la capacidad de consentir ingreso, de los cuales un 54% fueron hombres versus un 46 % que fueron mujeres.

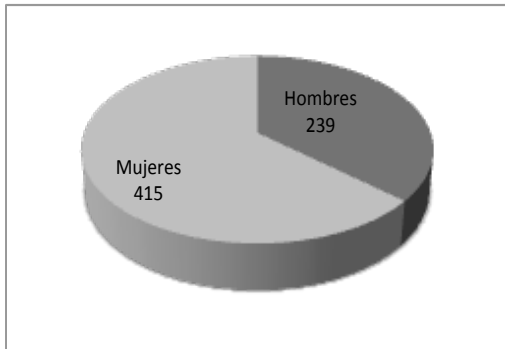


Gráfica 1. *Ingresos según género y capacidad de obrar.*

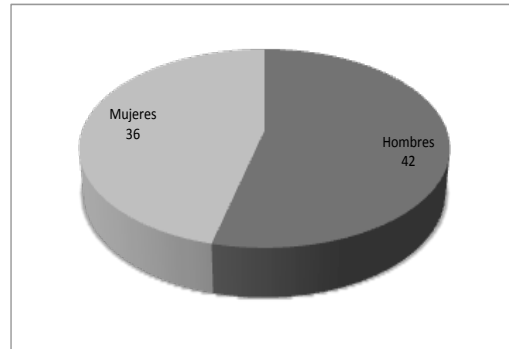
En la comparativa gráfica de la proporción de ingresos voluntarios con respecto a los ingresos involuntarios diferenciados por la variable género, se aprecia que la población femenina superó a la masculina en el total de ingresos; en cambio, más de la

Resultados

mitad de ingresos involuntarios fueron hombres, evidenciándose en la subpoblación masculina un aumento de la probabilidad de ingreso involuntario (15 % en los hombres frente a un 8% en las mujeres).



Gráfica 2. Ingresos Voluntarios.

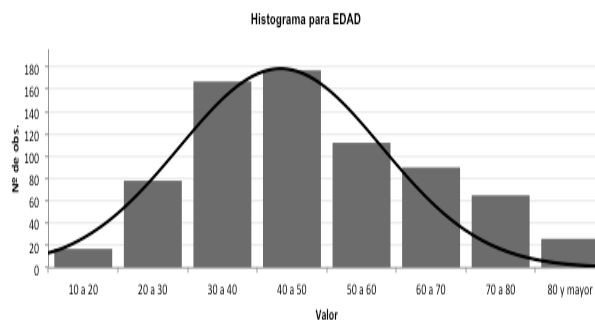


Gráfica 3. Ingresos no Voluntarios.

La edad media del total de los ingresos fue de 47,54 años, con una desviación típica de 16,36. Del total de los ingresos, casi la mitad de ellos, concretamente 334, tenían edades comprendidas entre los 30 y los 50 años.

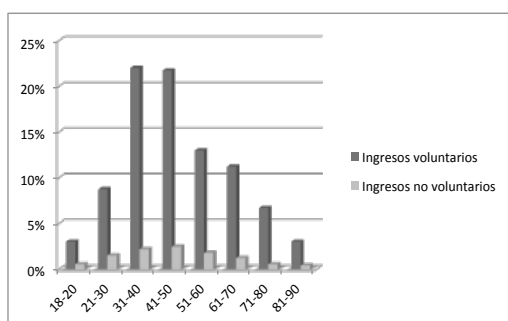
Tabla 1. Variable edad en la cohorte total.

FACTOR	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS	
	Media	Desv. Tip.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo-Máximo)
EDAD	47,54	16,36	45	73 (36 - 59)	72	(18 - 90)

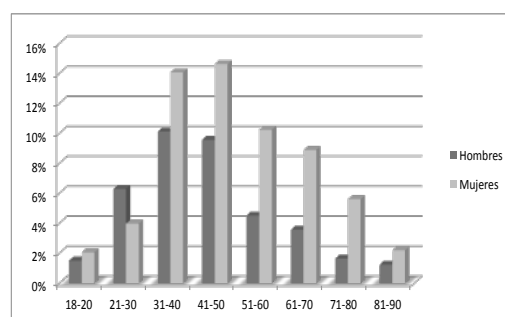


Gráfica 4. Frecuencia según variable edad.

Del conjunto total de ingresos, la edad media de los hombres fue de 44 años, con una desviación típica de 16 años, mientras que la media de edad de las mujeres fue de 48 años, con una desviación típica también de 16 años. La edad media de ingresos voluntarios fue de 48, con una desviación típica de 16; siendo la edad media del ingreso involuntario 46, con una desviación típica de 17. Si hacemos una evaluación de la variable edad en función del género y el tipo de ingreso, se objetivó la siguiente distribución:



Gráfica 5. Ingresos según capacidad de obrar.

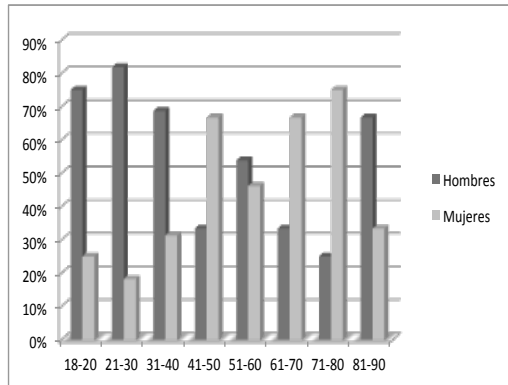


Gráfica 6. Ingresos según género.

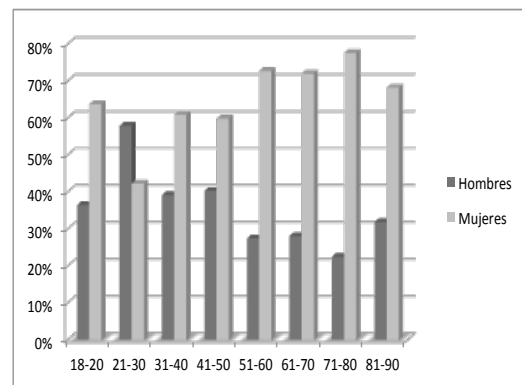
En la exploración de la distribución de la edad según el tipo de ingreso, se observó una distribución homogénea en el grupo de ingresos no consentidos según la variable edad, con 11 internamientos desde los 20 hasta los 29 años, 16 ingresos desde los 30 hasta los 39 años, 18 desde los 40 hasta los 49 años y 13 desde los 50 hasta los 59 años, resultando en total 48 de los 78 ingresos involuntarios.

En la distribución por género en la cohorte global, en ambos géneros la mitad de los ingresos tenían edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, sin que se observasen diferencias porcentuales significativas.

Distribución de los ingresos según variable edad y variable género.



Gráfica 7. Ingresos no consentidos.



Gráfica 8. Ingresos voluntarios.

En la cohorte de ingresos no consentidos, un 47% de los hombres tenían edades comprendidas entre los 20 y los 40 años, si bien en el subconjunto de mujeres el 50 % tenía edades comprendidas entre los 40 y 60 años. La edad media de los hombres fue de 41,67 años, con una desviación típica de 17,87 años; mientras que la edad media de las mujeres fue de 50,83, con una desviación típica de 15,86.

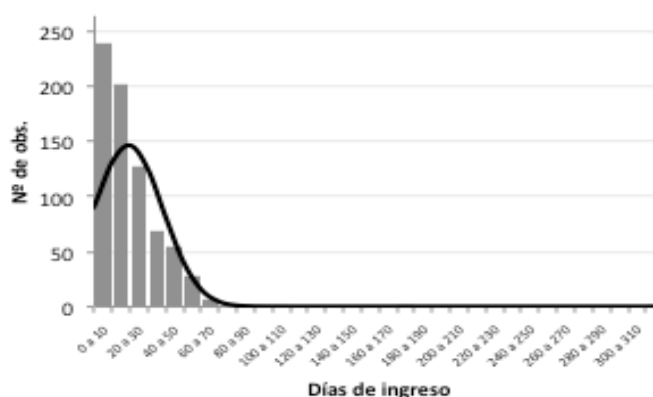
En la cohorte de ingresos consentidos, un 53 % de los hombres ingresaron con edades comprendidas entre los 30 y 50 años, si bien un 15 % ingresó entre los 20 y 30 años. En el grupo de mujeres, un 47 % ingresó también con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, si bien 17% de ellas tenían edades entre los 50 y 60. Estas diferencias etarias no se aprecian tanto en el análisis de estadística descriptiva, con una edad media para hombres de 44,02 (15,52 de desviación típica) y una edad media en el grupo mujeres de 49,87 (16,26 de desviación típica).

En cuanto a la variable cuantitativa días de ingreso, la media de días de ingreso fue de 19,57, con una desviación típica de 19,92.

Tabla 2. *Análisis descriptivo variable días de ingreso en cohorte total.*

FACTOR	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS	
	Media	Desv. Tip.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo-Máximo)
DÍAS DE INGRESO	19,57	19,92	15	21 (7-28)	311	(0-311)

De 732 ingresos totales, 36,6 % precisaron un período de internamiento inferior a 10 días y un 26,8% permanecieron ingresados entre 11 y 20 días. Menos del 50 % de la cohorte global de ingresos permanecieron hospitalizados más de 20 días, de los cuales 16,3% no superaron el mes. Progresivamente el porcentaje de ingresos disminuyó a medida que aumentaba el número de días de hospitalización, habiendo solo 3 pacientes que permanecieron internados más de 100 días, período temporal descriptivo de ingresos de media estancia.



Gráfica 9. *Distribución ingresos total según días de ingreso.*

Resultados

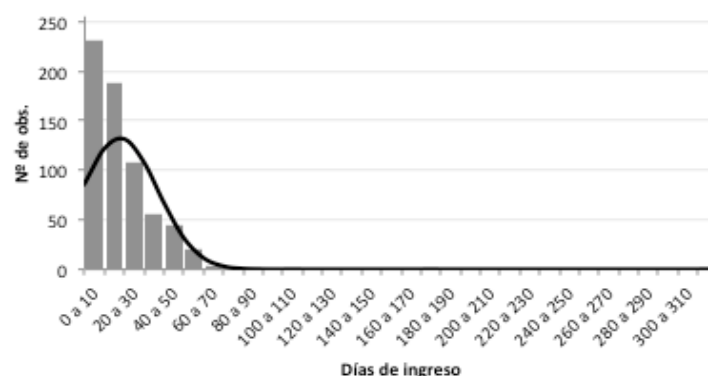
A continuación se procede al análisis descriptivo de la variable días de internamiento, distinguido en ingresos no consentidos e ingresos consentidos.

Tabla 3. *Análisis descriptivo variable días de ingreso.*

FACTOR	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS	
	Media	Desviación típica	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo-Máximo)
DÍAS DE INGRESO CONSENTIDO	18,27	19,72	14	18 (7-25)	311	(0-311)
DÍAS DE INGRESO NO CONSENTIDO	30,49	18,25	28	23,5 (17,25-40,75)	93	(4-97)

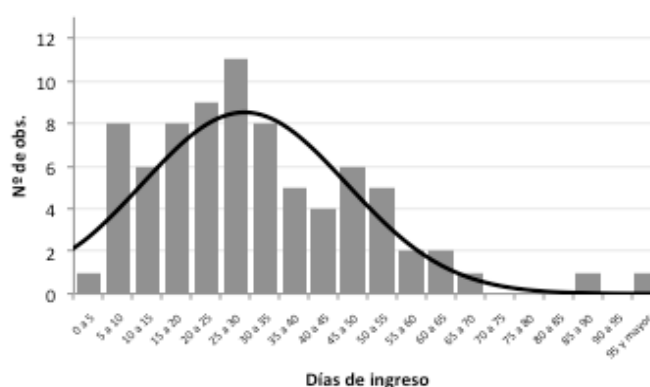
La media de días de ingreso en la cohorte de ingresos consentidos fue de 18,27, con una desviación típica de 19,72, frente a una media de días de ingreso en la cohorte de internamiento involuntarios de 30,49, con una desviación típica de 18,25. En la comparación estadística de los días de ingreso de la cohorte de ingresos consentidos versus la cohorte de ingresos no consentidos mediante la realización de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, habiendo rechazado distribución normal con la prueba de Shapiro-Wilks, se confirmó la superioridad estadísticamente significativa del número de días de ingreso no consentido versus días de ingreso consentido ($p < 0,05$).

Tal y como se observa, en la distribución de la variable días de ingreso en la cohorte de internamientos voluntarios, la distribución de los días fue equiparable a la de la cohorte total, de forma que un 39,6 % permaneció ingresado menos de 10 días, un 27,4 % estuvo ingresado entre 11 y 20 días, de forma que el 82% de la población de ingresos consentidos permaneció ingresado menos de un mes. Por otra parte, los 3 pacientes que permanecieron ingresados más de 100 días, considerados de media estancia, se hallaron incluidos en la cohorte de ingresos consentidos.



Gráfica 10. *Histograma días de ingreso en cohorte de ingreso consentido.*

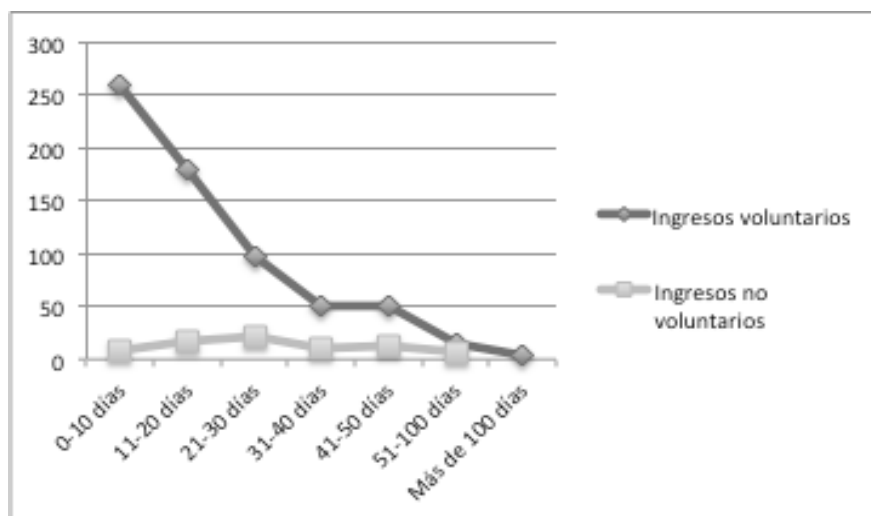
En la distribución de los ingresos no consentidos, se confirmó que ningún paciente que presentase merma de la capacidad de obrar precisó internamiento hospitalario superior a los 100 días. Nueve de los pacientes ingresaron menos de 10 días, 17 de ellos entre 11 y 20 días y 22 de ellos entre 21 y 30 días, de forma que el 40 % de los pacientes involuntarios fue internado durante dos y tres meses.



Gráfica 11. *Histograma días de ingreso en cohorte de ingresos no consentido.*

Resultados

En el análisis comparativo de la variable de días de ingreso según el tipo de internamiento, se ha apreciado un descenso de la tasa de ingresos voluntarios a medida que la variable días de ingreso aumenta. En cambio, en la cohorte de ingresos involuntarios, la frecuencia de observaciones de ingresos que han precisado autorización judicial se mantiene estable en los dos primeros meses, con un pequeño descenso del 9% en los 40 días restantes.



Gráfica 12. Histograma días de ingreso en cohorte voluntarios versus no voluntarios

En cuanto al análisis de los ingresos en función de la categoría diagnóstica, de los 732 pacientes ingresados, 365 de ellos estaban afectados de trastorno del humor, grupo diagnóstico conformado por 52 pacientes con diagnóstico de episodio maniaco, otros 52 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, 45 pacientes con episodio depresivo leve, moderado o grave con o sin síntomas psicóticos, 69 pacientes con trastorno depresivo recurrente y sus posibles distintas presentaciones (episodio actual leve, moderado o grave con o sin síntomas psicóticos), 144 pacientes con distimia y 3 pacientes con ciclotimia.

La segunda categoría diagnóstica con mayor frecuencia fue la de trastornos neuróticos, que incluye 19 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, 7 pacientes con trastorno disociativo, 1 paciente con trastorno somatomorfo y 105 pacientes con trastorno por ansiedad, reacción a estrés grave y trastorno de adaptación.

La tercera categoría diagnóstica más frecuente al alta hospitalaria fue la de trastornos psicóticos, con 60 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 17 pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, 4 pacientes con diagnóstico de trastorno de ideas delirantes y 26 pacientes afectados de trastorno psicótico agudo y transitorio o no especificado.

Se diagnosticó con trastorno de personalidad a 62 pacientes que fueron hospitalizados, de los cuales 26 pacientes fueron diagnosticados de trastorno de personalidad no especificado, 13 con diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad, 7 con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, 6 pacientes con trastorno paranoide de la personalidad, 1 con trastorno disocial y otro con trastorno anancástico de la personalidad, siendo 8 pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad no especificado.

La quinta categoría diagnóstica más frecuente fue la de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, con 25 pacientes hospitalizados. Ninguno precisó autorización judicial. De éstos, 13 pacientes ingresaron por policonsumo de tóxicos, otros 11 por conducta problema relacionada con el consumo de alcohol y 1 por consumo de tetrahidrocannabinoides.

El número de pacientes que precisó ingreso por trastorno mental orgánico fue de 28, de los cuales 8 tenían diagnóstico de demencia sin especificación, 5 presentaban

Resultados

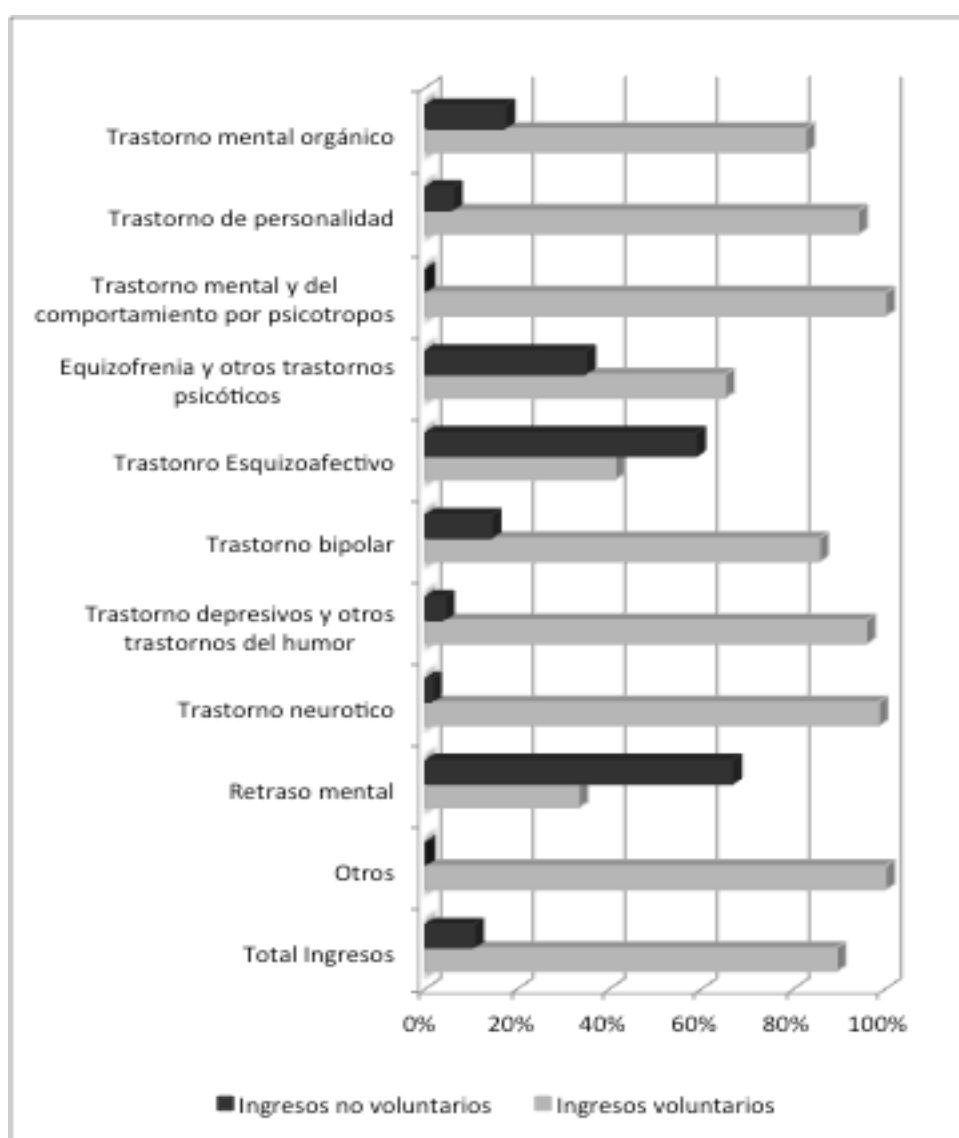
delirium debido a una lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática, otros 5 presentaban trastorno de personalidad y del comportamiento debido a una enfermedad, lesión o disfunción cerebral, 4 demencia vascular, 3 demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar, y 3 con demencia en la enfermedad de Alzheimer.

Tres de los pacientes que ingresaron tenían diagnóstico de retraso mental moderado. Y una última categoría diagnóstica, otros, en la que se incluyó 8 sujetos con trastorno de la conducta alimentaria, 2 con trastorno no orgánico del sueño, 2 con trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia y 2 con síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia.

Tabla 4. Frecuencias de ingresos según diagnóstico

	Ingresos voluntarios		Ingresos no voluntarios		Total Ingresos	
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
	absoluta (ni)	relativa (%) fi)	absoluta (ni)	relativa (%) fi)	absoluta (ni)	relativa (%) fi)
Trastorno mental orgánico	23	3%	5	7%	28	3%
Trastorno de personalidad	59	10%	3	3%	62	9%
Trastorno debido al consumo de psicotropos	25	4%		0%	25	3%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	56	9%	30	38%	86	12%
Trastorno Esquizoafectivo	7	1%	10	13%	17	2%
Trastorno bipolar	89	14%	15	19%	104	14%
Trastorno depresivo y otros trastornos del humor	250	38%	11	14%	261	36%
Trastorno neurótico	130	19%	2	3%	132	18%
Retraso mental	1	0%	2	3%	3	1%
Otros	14	2%		0%	14	2%
Total Ingresos	654	100%	78	100%	732	100%

Con respecto al análisis de las categorías diagnósticas según se evidencia o no merma de la capacidad de obrar del paciente, se observa que tanto en la categoría diagnóstica de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas como en la categoría diagnóstica miscelánea “otros”, no han presentado merma de la capacidad decisional y, por tanto, no han precisado judicialización del ingreso.



Gráfica 13. *Histograma ingresos no voluntarios versus ingresos voluntarios clasificados por categoría diagnóstica.*

Resultados

En relación a la categoría diagnóstica que más porcentaje de ingresos no consentidos presentó es la de retraso mental (66,6%); el número de pacientes perteneciente a este grupo diagnóstico fue pequeño, concretamente tres. En la categoría diagnóstica de trastornos psicóticos destaca que el 59 % de los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo precisó internamiento involuntario, frente al 35 % de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Un 14 % de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, que incluye episodio maniaco, presentó merma de la capacidad decisional. En relación a la categoría diagnóstica de trastornos depresivos y otros, sólo 11 de los 250 necesitó autorización judicial para proceder al ingreso, dato similar al encontrado en la categoría diagnóstica de trastorno neurótico, en la que 2 de los 130 pacientes presentaron merma de la capacidad de obrar.

Un 6% y 17 % de los pacientes del grupo diagnóstico trastorno de personalidad y trastorno mental orgánico, respectivamente, tenían afectada la capacidad para consentir tratamiento, concretamente, para consentir ingreso en institución psiquiátrica.

En números absolutos, la categoría diagnóstica más frecuente en los pacientes ingresados involuntariamente ha sido la de esquizofrenia y otros trastorno psicóticos, con 30 sujetos; le sigue con 15 pacientes la categoría diagnóstica de trastorno bipolar, 11 con diagnóstico de trastorno depresivo y 10 con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Fueron 5 los pacientes con diagnóstico de trastorno mental orgánico y 3 los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad. Las últimas dos categorías diagnósticas con menos frecuencia fueron retraso mental y trastorno neurótico, con dos pacientes cada una de ellas.

La categoría diagnóstica que mayor media de edad ha presentado, con 61,54 años y con una desviación típica de 18,98, es la de trastorno mental orgánico, compatible con las características clínicas del mismo a tenor de ser un trastorno de presentación en edad adulta avanzada, con tendencia a la irreversibilidad y progresión. Posteriormente le ha seguido el grupo de trastorno depresivo como segunda categoría diagnóstica con edad media más elevada, con una media de 51,34 y una desviación típica de 16,23. El tercer grupo diagnóstico fue el de trastorno neurótico (44,69 +/- 16,22), seguido del grupo diagnóstico de trastorno psicótico (42,18 +/- 13,36).

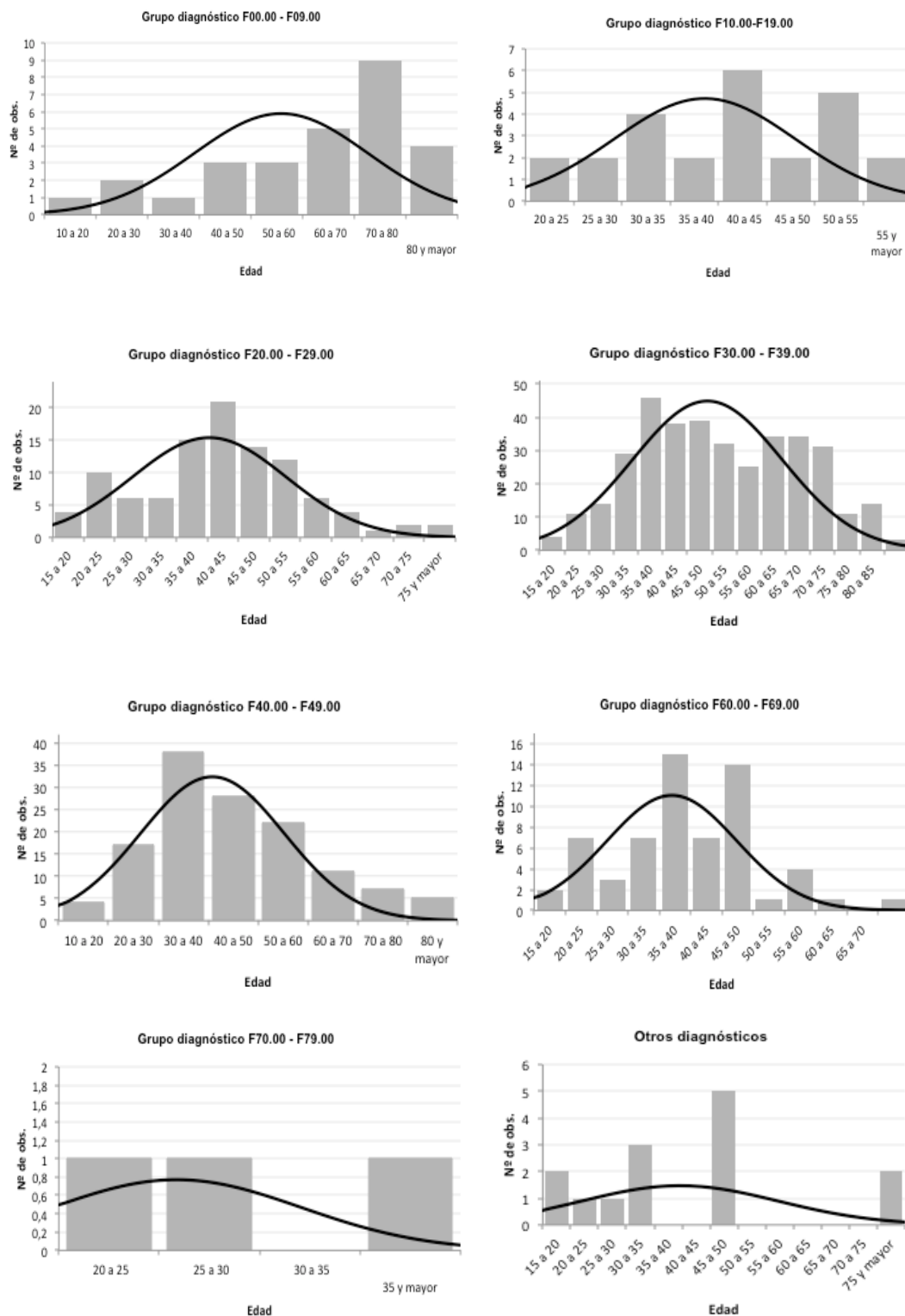
Tabla 5. *Análisis descriptivo variable edad según grupo diagnóstico en cohorte total.*

DIAGNÓSTICO	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS	
		Media	Desv. Tip.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo- Máximo)
F00.00 - F09.00	28	61,54	18,98	67	42,5 - 74,75	71	19 - 90
F10.00 - F19.00	25	40,92	10,57	41	32 - 50	39	20 - 59
F20.00 - F29.00	103	42,18	13,36	43	34,5 - 50	59	19 - 78
F30.00 - F39.00	365	51,34	16,23	50	38 - 65	70	18 - 88
F40.00 - F49.00	132	44,69	16,22	41	33 - 55	72	18 - 90
F60.00 - F69.00	62	38,83	11,2	38	33 - 46	53	18 - 71
F70.00 - F79.00	3	27,33	7,77	25	23 - 30,5	15	21 - 36
Otros	14	41,5	19,04	40,5	28,75 - 48,75	61	18 - 79

La distribución de pacientes más homogénea según edades se observa en el grupo diagnóstico trastornos del humor, mientras se aprecia una gran heterogeneidad en la distribución de edades en el grupo diagnóstico de trastornos de personalidad y trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Resultados

Gráficas 14a-14h. *Histogramas variable edad según grupo diagnóstico*



En cuanto a la categoría diagnóstica con mayor período de hospitalización, de acuerdo con la cohorte analizada, ha sido el grupo diagnóstico de retraso mental, con una media de 45 de días de ingreso y una desviación típica de 22,07; el número tan pequeño de sujetos en este grupo diagnóstico obliga a ser prudente en cualquier posible interpretación. La segunda categoría diagnóstica cuya media de días de ingreso ha sido más alta corresponde al grupo de trastorno esquizofrénico, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, con una media de días de internamiento de 23,72 y una desviación típica de 22, 12. Le siguió el grupo diagnóstico de trastornos de personalidad, con una estancia media de 22,4 y una desviación típica de 40,43. En este grupo diagnóstico destaca una apreciable variabilidad en relación al tiempo necesario de internamiento. El grupo diagnóstico de trastornos mentales orgánicos, trastornos del humor y trastornos neuróticos, han presentado similitud en la estancia media, 19,57 (desviación típica 19,19), 19,16 (desviación típica 14,99) y 17,27 días (desviación típica 16,29), respectivamente.

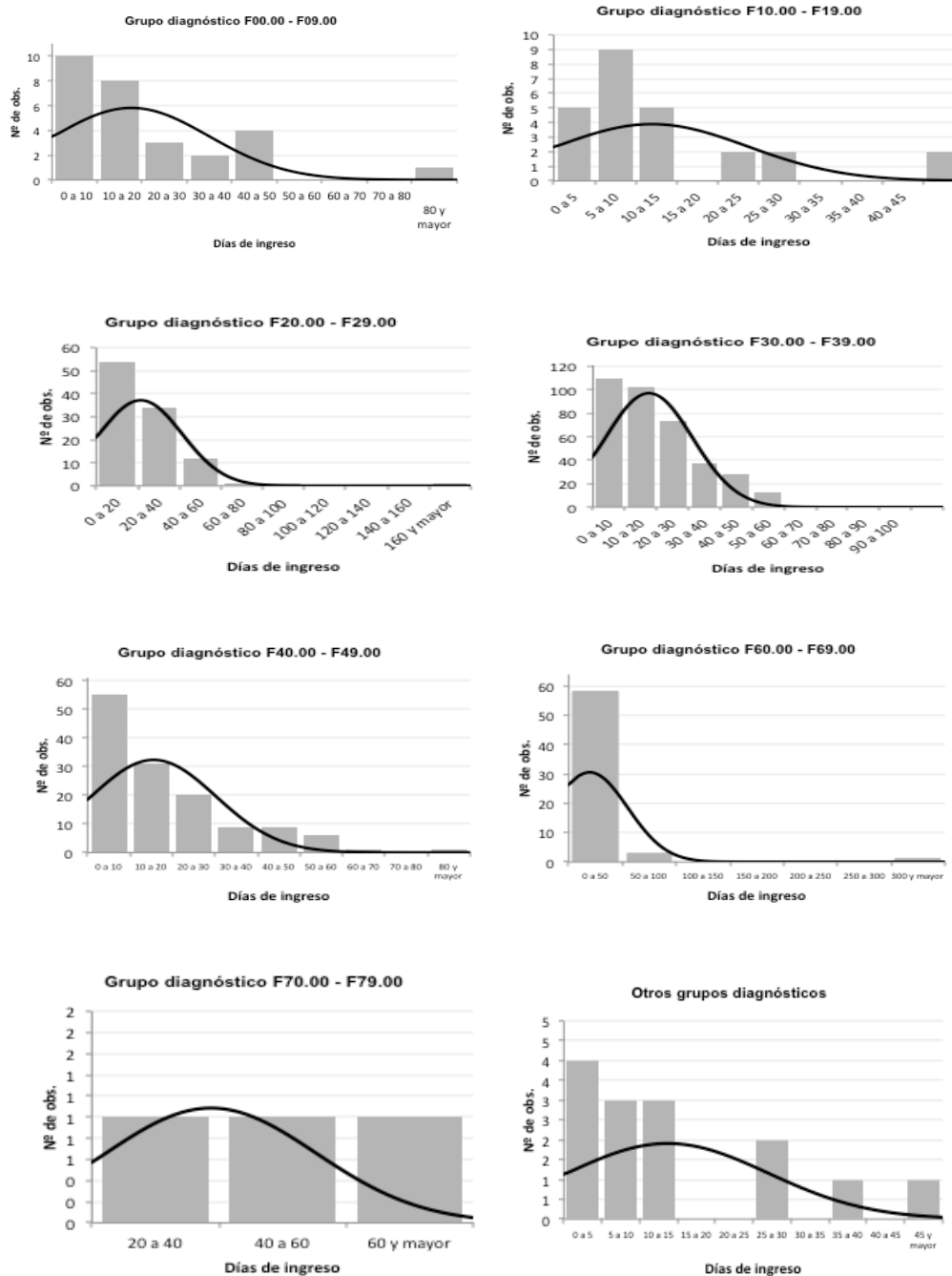
Los tres pacientes que han precisado más de 100 días de internamiento pertenecen al grupo diagnóstico de esquizofrenia, trastorno de personalidad y trastorno depresivo.

Tabla 6. *Análisis descriptivo variable días de ingreso según grupo diagnóstico en cohorte total.*

DIAGNÓSTICO	N	DESCRIPCION PARAMÉTRICA		DESCRIPCION NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS	
		Media	Desv. Tip.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo-Máximo)
F00.00 - F09.00	28	19,57	19,19	13	7 - 29,25	86	0 - 86
F10.00 - F19.00	25	13,16	12,834	9	5 - 14	48	1 - 49
F20.00 - F29.00	103	23,72	22,12	19	11 - 30	177	0 - 177
F30.00 - F39.00	365	19,16	14,99	16	8 - 28	106	0 - 106
F40.00 - F49.00	132	17,27	16,29	12,5	5 - 25	87	0 - 87
F60.00 - F69.00	62	22,4	40,43	11	6,25 - 29,5	310	1 - 311
F70.00 - F79.00	3	45	22,07	47	34,5 - 56,5	44	22 - 66
Otros	14	15,07	14,63	9,5	4,25 - 23,75	48	1 - 49

Resultados

Gráficas 15a-15h. Histogramas variable días de ingreso según grupo diagnóstico.



II. Cohorte de ingresos no consentidos

La cohorte de ingresos psiquiátricos no voluntarios del año natural 2013 estuvo conformada por una muestra de 78 sujetos, de los cuales 42 (53,8%) fueron varones y 36 (46,2%) fueron mujeres.

Análisis descriptivo de los factores sociodemográficos

En la cohorte de ingresos no consentidos, la edad media de los hombres fue de 41,66, con una desviación típica de 17,78, mientras que la edad media de las mujeres fue de 50,83, con una desviación típica de 15,86.

Tabla 7. *Análisis descriptivo factor edad y días de ingreso en cohorte no voluntarios.*

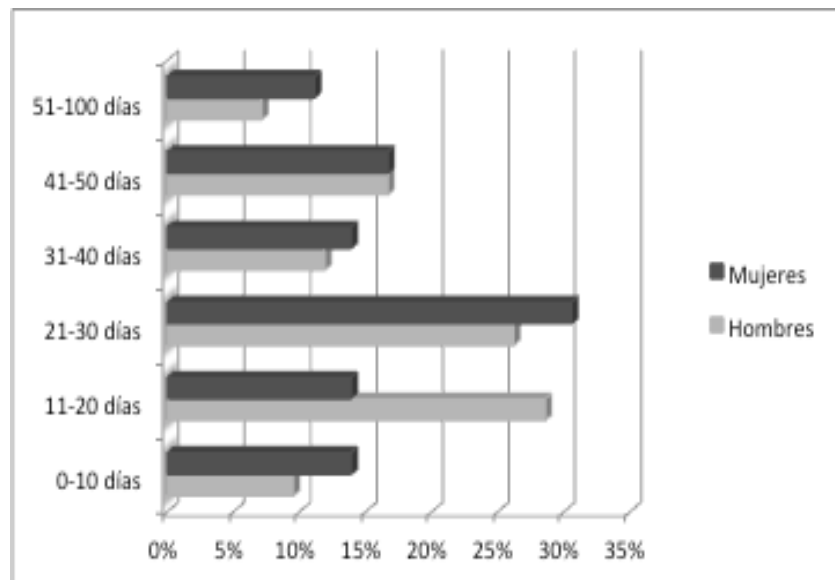
FACTOR	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
	Media	Desv. Tip.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo - Máximo)	Shapiro-Wilk (P-valor)	Decisión
EDAD	45,9	17,49	44	23 (34 - 57)	72	(18 - 90)	0.063	No hay evidencias*
DÍAS INGRESO	30,49	18,25	28	24 (17 - 41)	93	(4 - 97)	0.001	Rechazo normalidad

* Pese a que el test Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar hipótesis nula de ajuste de datos a la distribución normal, no podemos asumir normalidad según histograma.

La media de días de ingreso del subconjunto de hombres fue de 30,17, con una desviación típica de 17,93, versus a la estancia media de 30,86 en las mujeres, con una desviación típica de 18,87.

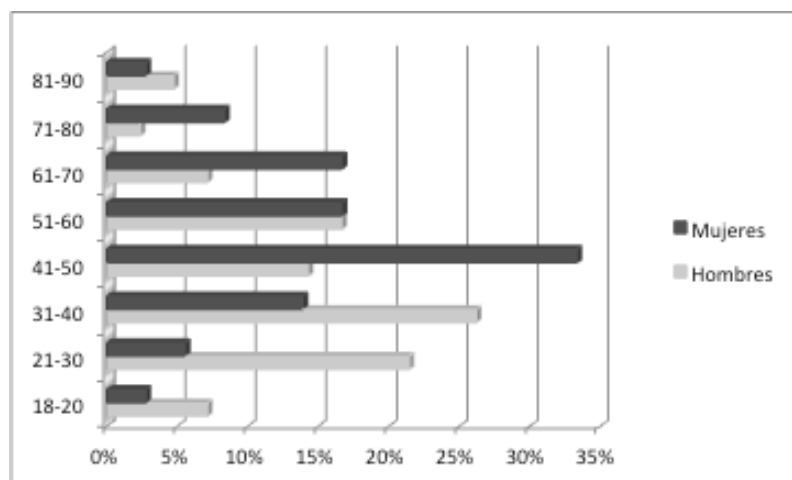
Resultados

En el análisis diferenciado por género de la variable días de ingreso, se aprecia que tanto en el caso de los hombres como en el grupo de las mujeres, un 60 % de la cohorte de ingresos que presentó merma de la capacidad de obrar obtuvo el alta en el primer mes de ingreso. En el subconjunto de los hombres se aprecia un mayor valor porcentual de ingresos entre los 11 y los 30 días, mientras que en las mujeres existe una distribución más homogénea, con un despunte en el intervalo de tiempo comprendido entre los 21 y lo 30 días.



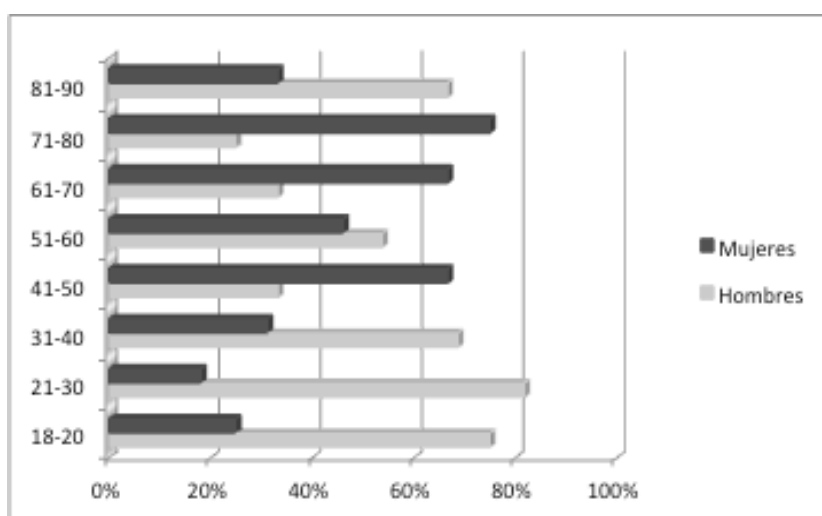
Gráfica 16. Histograma días de ingreso según variable género.

En el examen de la variable edad diferenciado por género, mientras que los hombres tenían una edad comprendida entre 21 y 40 años en el casi 50 % de la muestra masculina, un 33 % de las mujeres tenían una edad comprendida entre 41 y 50 años, siendo el valor porcentual equiparable entre 31 y 40 años, 51 y 60 años, y 61 y 70 años (entre el 14 y el 17%).



Gráfica 17. Histograma edad según variable género.

Al proceder al análisis del valor porcentual por franjas de edad de la población masculina frente a la femenina, se observa que la edad de la población masculina se halló en edades extremas, desde los 18 hasta los 40 años y en el período comprendido entre los 81 y 90 años. En cambio, en el período comprendido entre los 41 hasta los 80 ha predominado más la población femenina.



Gráfica 18. Distribución de la población según género en cada intervalo de edad.

Análisis descriptivo de las variables psicopatológicas

A continuación se expone la descripción estadística de las puntuaciones de cada ítem de la escala BPRS administrada.

Tabla 8. Análisis descriptivo puntuación ítems BPRS.

FACTOR ÍTEM BPRS	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
	Media	Desv. Típ.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo - Máximo)	Shapiro-Wilk (P-valor)	Decisión
PREOCUPACIÓN SOMÁTICA	2,33	2,04	1	3 (1 - 4)	6	(1 - 7)	<0.001	Rechazo normalidad
ANSIEDAD PSÍQUICA	5,22	1,5	5	3 (4 - 7)	6	(1 - 7)	0.001	Rechazo normalidad
AISLAMIENTO EMOCIONAL	3,23	1,71	3.5	4 (1 - 5)	6	(1 - 7)	0.001	Rechazo normalidad
DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL	3,04	1,72	3	3 (1 - 4)	6	(1 - 7)	0.007	Rechazo normalidad
AUTODESPRECIO Y SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD	2,18	1,88	1	3 (1 - 4)	6	(1 - 7)	<0.001	Rechazo normalidad
TENSIÓN, ANSIEDAD SOMÁTICA	4,22	1,33	4	2 (3 - 5)	5	(2 - 7)	0.409	No hay evidencias*
MANIERISMOS Y POSTURAS EXTRAÑAS	1,27	0,85	1	0 (1 - 1)	4	(1 - 5)	<0.001	Rechazo normalidad
GRANDEZA	1,97	1,76	1	2 (1 - 3)	6	(1 - 7)	<0.001	Rechazo normalidad
ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO	4,01	2,14	4	4 (2 - 6)	6	(1 - 7)	0.620	No hay evidencias*
HOSTILIDAD	3,26	2	3	4 (1 - 5)	6	(1 - 7)	0.159	No hay evidencias*
SUSPICACIA	4,4	2,19	5	4 (3 - 7)	6	(1 - 7)	0.718	No hay evidencias*
CONDUCTA ALUCINATORIA	1,51	1,4	1	0 (1 - 1)	6	(1 - 7)	<0.001	Rechazo normalidad
RETRASO MOTOR	1,72	1,39	1	0 (1 - 1)	5	(1 - 6)	<0.001	Rechazo normalidad
NO COOPERATIVO	3,59	1,69	4	2 (3 - 5)	6	(1 - 7)	0.670	No hay evidencias*
CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO	5,44	2,45	7	2 (5 - 7)	6	(1 - 7)	<0.001	Rechazo normalidad
AFECTO APLANADO	2,37	1,62	1	3 (1 - 4)	5	(1 - 6)	<0.001	Rechazo normalidad
EXCITACIÓN	4,14	1,84	4	2 (3 - 5)	6	(1 - 7)	0.994	No hay evidencias*
DESORIENTACIÓN	1,49	1,37	1	0 (1 - 1)	6	(1 - 7)	<0.001	Rechazo normalidad

* Pese a que el test Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

El ítem cuya puntuación media ha sido más alta es el relativo al contenido inusual del pensamiento, cuya media fue 5,44 con una desviación típica de 2,45. Diferenciado según género, los hombres han obtenido una media 5,66 frente a las mujeres cuya media ha sido de 5,16. El grupo diagnóstico que ha obtenido puntuaciones más altas ha sido el correspondiente a la categoría diagnóstica de trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, con una media de 6,85. El segundo grupo diagnóstico con una media más elevada fue el de trastornos del humor, que incluye trastorno bipolar, episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente y otros trastornos afectivos, con una media de 5,04. En ninguna de las dos categorías diagnósticas se aprecia diferencia de género. El resto de categorías diagnósticas, han presentado baja puntuación en este ítem, cuya media no alcanza el 2.

El siguiente ítem con una media más alta de 5,22 y con una desviación típica de 1,5 ha sido el de ansiedad psíquica. De acuerdo con la variable género, las mujeres obtuvieron una media de 5,03 frente a los hombres, con una media de 5,38. El grupo diagnóstico que ha obtenido una media superior de la puntuación de ansiedad psíquica es el de trastornos psicóticos (5,47), seguido del grupo diagnóstico trastornos de personalidad, con una media de 5,33, con un número de tres sujetos, todos ellos hombres. El grupo diagnóstico con una muestra más grande que también ha presentado puntuaciones altas es el de trastornos del humor, con un promedio de 5,03; en este caso sí se aprecia diferencia según variable género, en tanto que los 11 hombres obtuvieron una media de 5,91, frente a las 15 mujeres con una media de 4,4. En el caso del grupo diagnóstico trastornos mentales orgánicos, no se aprecian diferencias en ambos géneros, con una media de 4,5 entre los dos hombres y una media de 4 de ansiedad psíquica en la exploración psicopatológica de las tres mujeres reclutadas en la cohorte de ingresos no consentido.

Resultados

El tercer ítem con una media de puntuaciones más elevada ha sido el de suspicacia, cuyo valor es 4,4, y una desviación típica de 2,19. No se identifica diferencia significativa en la media según variable género, con 4,36 de media en el grupo de los hombres frente a 4,44 en el grupo de las mujeres. En cambio, destaca que el grupo de 15 mujeres con diagnóstico de trastorno psicótico y otros, han puntuado con una media en el ítem suspicacia de 6,33, frente a la media 4,96 del grupo de los hombres. En el resto de grupos diagnósticos, la puntuación media fue inferior a 4; cabe destacar que en el grupo de trastornos del humor, los hombres presentaron una media de 3,91 y las mujeres de 3,4.

El cuarto ítem que ha presentado un promedio destacable es el de tensión y ansiedad somática, con una media de 4,22 y una desviación típica de 1,33. La media diferenciada por género resulta de 4,19 en el grupo de 42 hombres frente a 4,25 en el grupo de las mujeres. Destacan puntuaciones elevadas en el grupo de retraso mental, con una puntuación media de 6 en los dos sujetos seleccionados. El siguiente promedio más alto ha sido el grupo de hombres afectos de síntomas compatibles con trastorno de personalidad, con una puntuación media de 5,33. Los hombres afectos de trastorno del humor con una puntuación media de 4,82 (frente a 3,73 de las mujeres) y las mujeres diagnosticadas de trastorno psicótico con una puntuación media de 4,66 (frente a la media de 3,72 en los 25 hombres), han sido las dos puntuaciones medias sucesivas más elevadas en el ítem tensión y ansiedad somática.

El ítem excitación ha sido el ítem ulterior con una puntuación media 4,14 y una desviación típica de 1,84. La puntuación promedio en el grupo de los hombres ha sido de 3,98 versus 4,33 en el grupo de las mujeres. Tres grupos diagnósticos minoritarios presentaron puntuaciones especialmente altas; en primer lugar, el grupo diagnóstico de

retraso mental, con una puntuación media de 6,5, con una puntuación de 6 para el hombre y una puntuación de 7 para la mujer; a continuación destacaron las puntuaciones de las dos mujeres con trastorno neurótico, ambas con un valor de 6; le sucedió el grupo diagnóstico de trastorno mental orgánico con una media de 5, puntuando los dos varones con un valor de 6. Destacó también la media elevada (5,06) de las 15 mujeres con diagnóstico de trastorno psicótico y de los 11 hombres con diagnóstico de trastorno del humor (4,64).

El estado de ánimo depresivo obtuvo una puntuación media de 4,01 y una desviación típica de 2,14. Los hombres alcanzaron una media de 3,90 frente al 4,14 de puntuación de las mujeres. La puntuación media más alta la presentaron los dos hombres con diagnóstico de trastorno mental orgánico (5), seguidos por las 15 mujeres con diagnóstico de trastorno del humor (4,6) y el grupo de los 25 hombres con diagnóstico de trastorno psicótico (4,24). Presentaron una media de 4 en el ítem humor depresivo las tres mujeres diagnosticadas de trastorno mental orgánico, las 2 mujeres diagnosticadas de trastorno neurótico y la única mujer con diagnóstico de retraso mental.

El ítem no cooperativo puntuó con una media de 3,59 y con una desviación típica de 1,69. La media en el grupo de las mujeres resultó de 3,31, discretamente inferior a la puntuación de 3,83 de los varones. Cinco de los siete superaron la puntuación de 4: con una media de 4,5 han destacado las dos mujeres con diagnóstico de trastorno neurótico; con una media de 4,4 ha destacado el grupo de trastorno mental orgánico; con una media de 4,33, han resaltado los tres hombres con diagnóstico de trastorno de personalidad; se ha objetivado una media de 4 en el grupo diagnóstico de retraso mental, con una puntuación de 5 en la mujer y una puntuación de 3 en el

Resultados

hombre. Tanto en el grupo de trastornos del humor como en el grupo de trastornos psicóticos se han obtenido puntuaciones inferiores a 5.

El ítem hostilidad ha presentado una puntuación media de 3,26, con una desviación típica de 2. La media diferenciada por género apareció equiparable, 3,23 para la muestra masculina frente a 3,27 para la muestra femenina. Especialmente elevadas se mostraron las puntuaciones obtenidas en los tres varones que comprenden el grupo de trastorno de personalidad, con una puntuación media de 6,66. También especialmente elevadas fueron las puntuaciones en el grupo de retraso mental, con un valor de 7 para el varón y 6 para la mujer. Superaron la puntuación de 4, concretamente 4,5, el grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno neurótico y el grupo de hombres con diagnóstico de trastorno mental orgánico.

El subsiguiente ítem con una media inferior a 4, concretamente 3,23, fue el de aislamiento emocional, con una desviación típica de 1,71. La media resultó en la población masculina de 3,57 y en la población femenina de 2,83. Destacaron una puntuación media de 4,5 en el grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno neurótico y una media de 4 en el grupo de retraso mental, en el que la mujer puntuó con 5 y el hombre con 3. A pesar de que la puntuación en el grupo de trastorno mental se equiparó a 3,8, inferior a 4, las 3 mujeres puntuaron con una media de 4,33.

El ítem desorganización conceptual puntuó con 3,04, con una desviación típica de 1,72. La media fue de 3 en el subconjunto de hombres y de 3,08 en el subconjunto mujeres. Ningún grupo diagnóstico puntúa por encima de 4 y sólo la mujer con diagnóstico de retraso mental ha presentado moderada desorganización conceptual (4).

El ítem afecto aplanado obtuvo una media de 2,37 y una desviación típica de 1,62. No se identificaron diferencias significativas según género ni puntuaciones superiores a 3.

El ítem preocupación somática presentó una media de 2,33, con una desviación típica de 2,04. Destacó una puntuación media de 2,8 en el grupo diagnóstico de trastorno psicótico, seguido por la categoría diagnóstica de trastornos del humor con 2,1.

El ítem autodesprecio y sentimientos de culpabilidad mostraron una puntuación media de 2,18. Los hombres presentaron una media de 2,43 versus la de las mujeres de 1,88. La categoría diagnóstica de trastorno del humor puntuó con una media de 2,61, más alta en el grupo de hombres, cuyo valor fue 2,9, con respecto a las mujeres (2,4). Los tres pacientes con trastorno de personalidad promediaron una media de 2,33.

Por debajo de una media de 2 se hallaron los ítems de grandeza, seguido de retraso motor y conducta alucinatoria. Los dos últimos que puntuaron fueron desorientación y manierismos y posturas extrañas.

En el ítem de grandeza, el grupo de trastornos del humor presentó las puntuaciones más altas, con 2,81 en el grupo de hombres y 2,4 en el grupo de mujeres. Los tres pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad presentaron una media de puntuaciones de 2,33.

En el ítem retraso motor, el grupo diagnóstico de trastorno mental orgánico presentó una media de 2,2.

Resultados

En el ítem de desorientación, con una media de 1,49 y una desviación típica de 1,37, destacó la categoría diagnóstica de trastorno mental orgánico, con una media en las puntuaciones de 5,2, y con puntuaciones por encima de 5 para todos los sujetos del conjunto ingreso involuntario en este grupo diagnóstico.

En el análisis de las puntuaciones totales de la escala BPRS (18 - 126), además de las puntuaciones resultantes del modelo de dos factores, dimensión positiva (4 - 28) y dimensión negativa (4 - 28) , se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 9. *Análisis descriptivo cluster modelo bidimensional BPRS.*

	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		Asunción de normalidad	
	Media	Desv. Típ.	Mediana	IQR (p25- p75)	Rango	(Mínimo - Máximo)	Shapiro-Wilk (P-valor)	Decisión
FACTOR PUNTUACIÓN BPRS								
SÍNTOMAS POSITIVOS (ÍTEM 4,11, 12 Y 15)	14,38	5,22	16	7 (11 - 18)	20	(4 - 24)	0.006	Rechazo normalidad
SÍNTOMAS NEGATIVOS (ÍTEM 3, 13, 16 Y 18)	11,31	3,28	11	5 (9 - 14)	14	(6 - 20)	0.090	No hay evidencias*
PUNTUACIÓN TOTAL	55,38	7,43	56	10 (49 - 59)	36	(42 - 78)	0.254	No hay evidencias*

* Pese a que el test Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

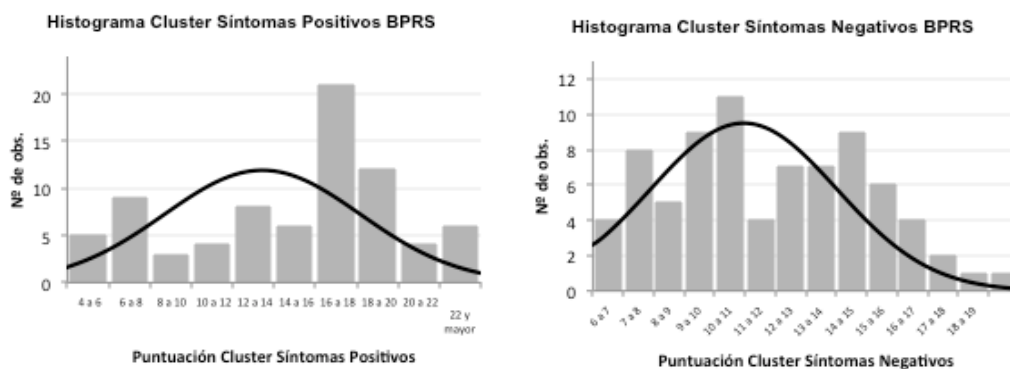
Se aprecia una media de las puntuaciones de la dimensión positiva de 14,38 (con una desviación típica de 5,22) superior a la media de las puntuaciones de la dimensión negativa de 11,31 (con una desviación típica de 3,28).

En el caso de la dimensión positiva, cuyos ítems son desorganización conceptual, suspicacia, conducta alucinatoria y contenido inusual del pensamiento, no se han identificado diferencias de género, con una media de 14,5 en el grupo de los hombres y una media de 14,25 en el grupo de las mujeres. Las dos categorías

diagnósticas con puntuaciones más elevadas fueron el grupo de trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, con un valor medio de 17,32, y la categoría diagnóstica de trastornos afectivos, que incluye trastorno depresivo, único y recurrente, trastorno bipolar y otros trastornos del humor, con una puntuación media de 12,88. El paciente con retraso mental presentó una puntuación de 11, siendo en el resto de grupos diferenciado por género y diagnóstico un valor inferior a 10.

En relación a la dimensión negativa, conformada por los ítems aislamiento emocional, retraso motor, afecto aplanado y desorientación, tampoco se han apreciado diferencias significativas según la variable género, con una media en los hombres de 11,67 y en las mujeres de 10,89. La categoría diagnóstica que más alta ha puntuado es la de trastornos mentales orgánicos (15,8), seguida por la de trastornos neuróticos (13,5) y retraso mental (12,5). El resto de categorías puntuaron por encima de 10, concretamente 11,33 la media del grupo de trastornos de personalidad, seguida de 10,88 en el grupo de trastornos del humor y 10,85 en el grupo de trastornos psicóticos.

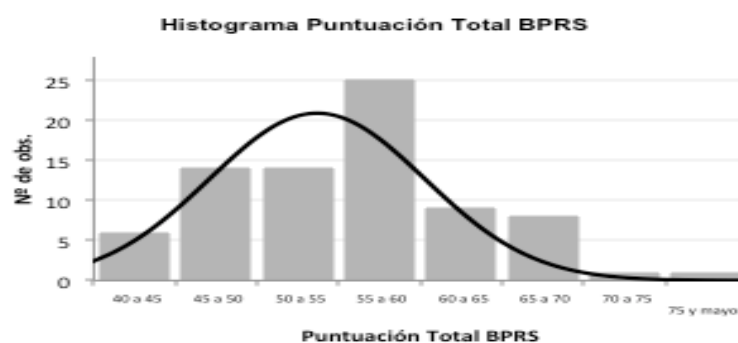
Gráficas 19a y 19b. *Histogramas puntuación dimensión positiva y negativa escala BPRS.*



Resultados

En cuanto a las puntuaciones totales, las medias de las puntuaciones según la variable género no presentaron diferencias significativas, con una media de 56,59 para el grupo de los hombres versus una media de 53,97 en el grupo de las mujeres. Según categoría diagnóstica, ha sido el subconjunto de trastornos psicóticos el que presenta una media de puntuaciones más elevada, con 58,04 y 58,07, para la población masculina y la femenina, respectivamente. Le sigue el grupo diagnóstico de trastornos del humor, con una media de puntuaciones de 53,19, concretamente 56,64 en el conjunto masculino versus 50,67 en el conjunto femenino. En tercer lugar ha destacado el grupo de trastornos mentales orgánicos, con una media de 53, puntuando 54,5 el grupo de hombres frente a 52 el grupo de mujeres.

En la categoría diagnóstica de retraso mental, con una puntuación media de 51, se ha apreciado una destacable diferencia en la puntuación según sea el hombre, con 46, o la mujer, con 56 de puntuación. Las dos mujeres con diagnóstico de trastorno neurótico puntuaron un promedio de 50 y los tres hombres con diagnóstico de trastorno de personalidad puntuaron con 49,33 de valor medio.



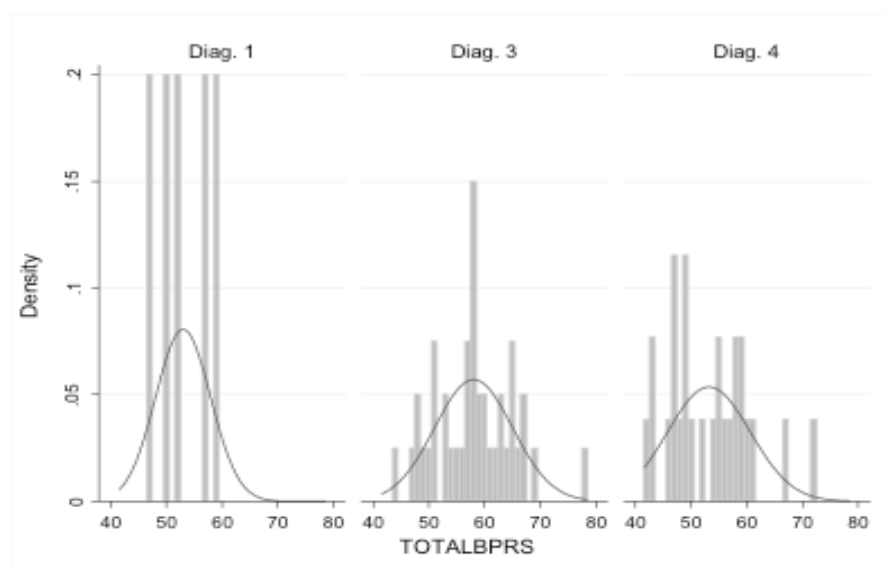
Gráfica 20. Distribución puntuaciones totales BPRS.

Tabla10. Análisis descriptivo puntuación total BPRS según grupo diagnóstico seleccionado.

Grupos diagnósticos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		Media \pm Desv. Tip.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo - Máximo)	Shapiro-Wilk (P - valor)	Decisión
F00.00 - F09.00	5	53.00 \pm 4.95	52	7 (50-57)	12	(47-59)	0.760	No hay evidencias *
F20.00 - F29.00	40	58.05 \pm 6.99	58	10 (53-63)	34	(44-78)	0.784	No hay evidencias *
F30.00 - F39.00	26	53.19 \pm 7.45	53	11 (47-58)	30	(42-72)	0.330	No hay evidencias *

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

La distribución de las tres categorías diagnósticas más numerosas se exponen a continuación.



Diag. 1: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, F00.00–F09.00.

Diag. 3: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, F20.00–F29.00.

Diag. 4: Trastornos del humor o afectivos, F30.00–F39.00.

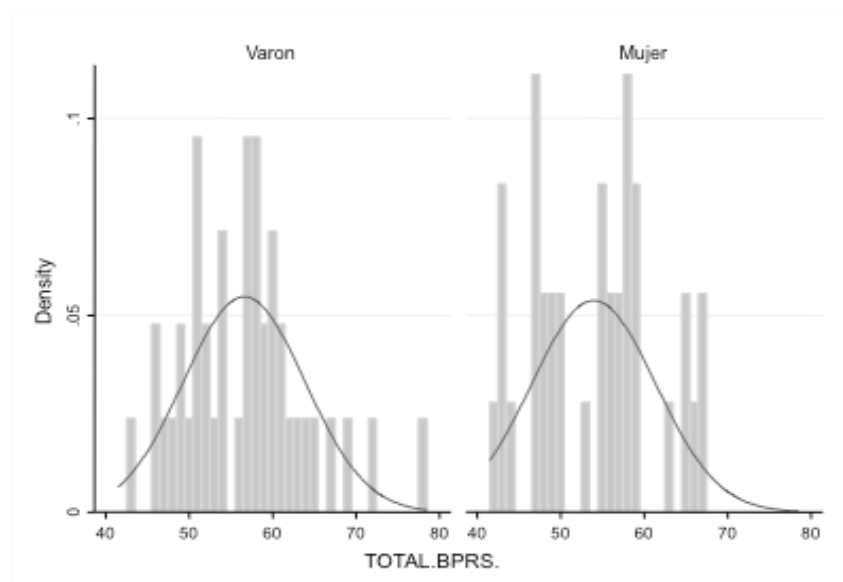
Gráficas 21a-21c. Histogramas puntuación total BPRS según grupos diagnósticos

Tabla 11. *Análisis descriptivo de puntuación total BPRS según variable sexo.*

Grupos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		<i>Media ± Desv. Típ.</i>	<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25- p75)</i>	<i>Rango</i>	<i>(Mínimo - Máximo)</i>	<i>Shapiro- Wilk (P- valor)</i>	<i>Decisión</i>
Varón	42	56.60±7.30	57	9 (51-60)	35	(43-78)	0.384	No hay evidencias *
Mujer	36	53.97±7.43	55	11 (47.5- 58.5)	25	(42-67)	0.246	No hay evidencias *

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

En relación a la distribución de las puntuaciones totales de la BPRS según la variable género, como en otras representaciones, destacaron la heterogeneidad de los valores en ambos géneros.



Gráficas 22a y 22b. Histogramas puntuación total BPRS según variable género

Las medias de las puntuaciones de las dimensiones que se corresponden con un modelo factorial de la BPRS de cuatro factores, psicoticismo, hostilidad, depresión y retraimiento, pueden sumar entre 3 y 21. Tal y como se expuso anteriormente, el factor psicoticismo está compuesto por los ítems conducta alucinatoria, contenido inusual del pensamiento y desorganización conceptual; el factor hostilidad resulta de la suma del ítem hostilidad, suspicacia y no cooperativo; el factor depresión del sumatorio de los ítems ansiedad, autodesprecio y sentimientos de culpabilidad, y estado de ánimo depresivo; y el factor retraimiento se conforma con los ítems aislamiento emocional, retraso motor y afecto aplanado.

Tabla 12. *Análisis descriptivo factores BPRS en cohorte no voluntarios.*

VARIABLE FACTORES BPRS	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA		DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		Asunción de normalidad	
	Media	Desv. Típ.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo - Máximo)	Shapiro- Wilk (P-valor)	Decisión
FACTOR PSICOTICISMO (ÍTEM 4, 12 Y 15)	9,99	3,8	11	4 (8 - 12)	15	(3 - 18)	0.033	Rechazo normalidad
FACTOR HOSTILIDAD (ÍTEM 10, 11 Y 14)	11,24	4	11	5 (8 - 13)	18	(3 - 21)	0.489	No hay evidencias*
FACTOR DEPRESIÓN (ÍTEM 2, 5 Y 9)	10,41	3,44	9.5	4 (8 - 12)	13	(5 - 18)	0.002	Rechazo normalidad
FACTOR RETRAIMIENTO (ÍTEM 3, 13 Y 16)	7,32	4	6.5	7 (3 - 10)	14	(3 - 17)	<0.001	Rechazo normalidad

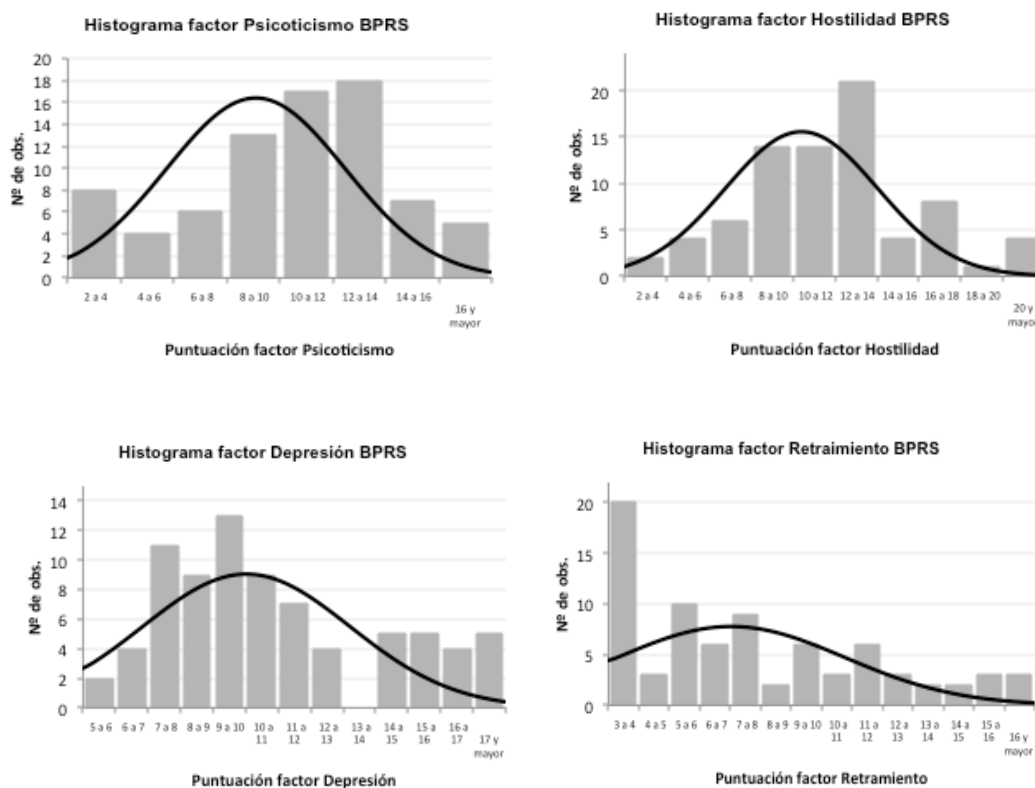
* Pese a que el test Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

La puntuación media más elevada correspondió al factor hostilidad (11,24), con una desviación típica de 4, seguida del factor depresión (10,41), con una desviación típica de 3,44. La media ulterior de puntuaciones ha representado al factor psicoticismo, 9,99, con una desviación típica de 3,8, En cuarto y último lugar se halló la media del factor retraimiento (7,32), con una desviación típica de 4. A tenor de que no han presentado una distribución normal, para el análisis más exhaustivo y comparativo de

Resultados

las puntuaciones de estos cuatro factores se ha procedido a tomar como referencia la mediana, que ha adquirido un valor de 11 en el factor psicoticismo y hostilidad, un valor de 9,5 en el factor depresión y 6,5 en la dimensión retraimiento.

En el actual trabajo de investigación se ha procedido al análisis exhaustivo de las cuatro dimensiones extraídas de la administración de la escala BPRS para la agrupación de síntomas psiquiátricos, que además se ha examinado detalladamente según variable género y según categoría diagnóstica. En cuanto a los grupos diagnósticos explicitados por el número de sujetos que los componen han resaltado el grupo de los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (F00.00–F09.00), el grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20.00-F29.00), y el conjunto de trastornos del humor o afectivos (F30.00-F39.00).



Gráfica 23a-23d. Histogramas factores BPRS.

En el análisis descriptivo del factor psicoticismo diferenciado por grupo diagnóstico, la puntuación media más alta hallada pertenece al grupo de trastornos psicóticos, con un valor de 11,85, siendo discretamente más baja en el conjunto de los hombres, con un valor de 11,6, frente al grupo de las mujeres, con una puntuación media de 12,26. La segunda categoría diagnóstica con una puntuación media 9,27 ha sido el grupo de trastornos del humor, con una media para los hombres de 9,82 y para las mujeres de 8,86. La categoría diagnóstica de trastornos mentales orgánicos presentó una puntuación media de 6,4, siendo inferior en el caso de los dos hombres, con una puntuación de 5,5 que en el caso de las mujeres, con una puntuación de 7. Ha resaltado una puntuación elevada en el hombre con retraso mental, con un valor de 8, superior en 2 puntos al sumatorio de la mujer con el mismo diagnóstico. La puntuación en el conjunto de dos mujeres con diagnóstico de trastorno neurótico y los tres hombres con diagnóstico de trastorno de personalidad ha sido baja, 4,5 y 3, respectivamente.

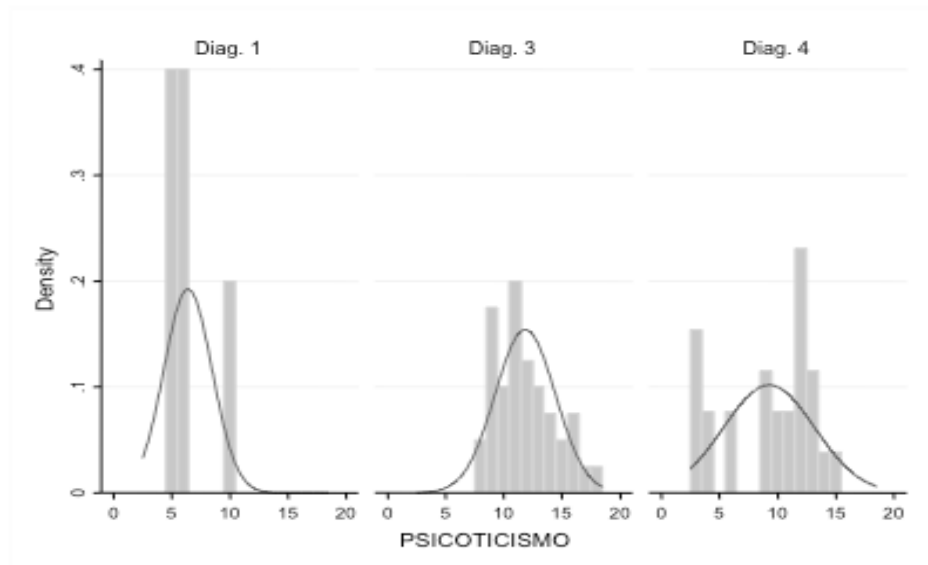
Tabla 13. *Análisis descriptivo factor psicoticismo BPRS según grupo diagnóstico.*

Grupos diagnósticos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		<i>Media ± Desv. Tip.</i>	<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25-p75)</i>	<i>Rango</i>	<i>(Mínimo - Máximo)</i>	<i>Shapiro-Wilk (P - valor)</i>	<i>Decisión</i>
F00.00 - F09.00	5	6.40±2.07	6	1 (5-6)	5	(5-10)	<0.001	Rechazo normalidad
F20.00 - F29.00	40	11.85±2.59	11	3.5 (10-13.5)	10	(8-10)	0.161	No hay evidencias*
F30.00 - F39.00	26	9.27±3.91	10.5	6 (6-12)	12	(3-15)	0.016	Rechazo normalidad

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

Resultados

En los tres diagnósticos sobre los que se ha realizado un histograma se han identificado puntuaciones heterogéneas.



Diag. 1: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, F00.00–F09.00.

Diag. 3: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, F20.00–F29.00.

Diag. 4: Trastornos del humor o afectivos, F30.00–F39.00.

Gráficas 24a-24c. Histogramas factor psicoticismo según grupo diagnóstico

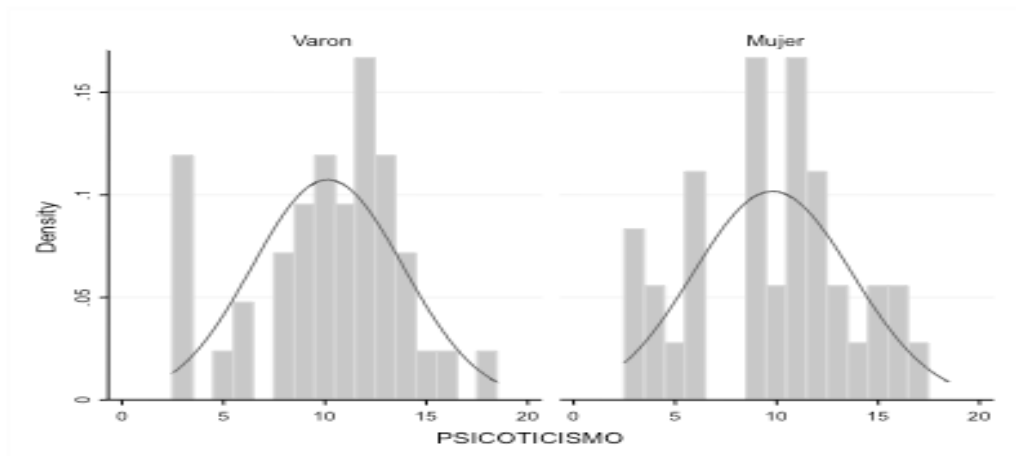
No se han hallado diferencias significativas en la puntuación media del factor psicoticismo según la variable género.

Tabla 14. *Análisis descriptivo factor psicoticismo BPRS según variable sexo.*

Grupos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		<i>Media ± Desv. Tip.</i>	<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25-p75)</i>	<i>Rango</i>	<i>(Mínimo - Máximo)</i>	<i>Shapiro-Wilk (P-valor)</i>	<i>Decisión</i>
Varón	42	10.14±3.72	11	5 (8-13)	15	(3-18)	0.154	No hay evidencias*
Mujer	36	9.81±3.93	10.5	6 (6-12)	14	(3-17)	0.296	No hay evidencias*

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

De nuevo la distribución de las puntuaciones según la variable género resultaron heterogéneas.



Gráficas 25a-25b. Histogramas factor psicoticismo según variable género

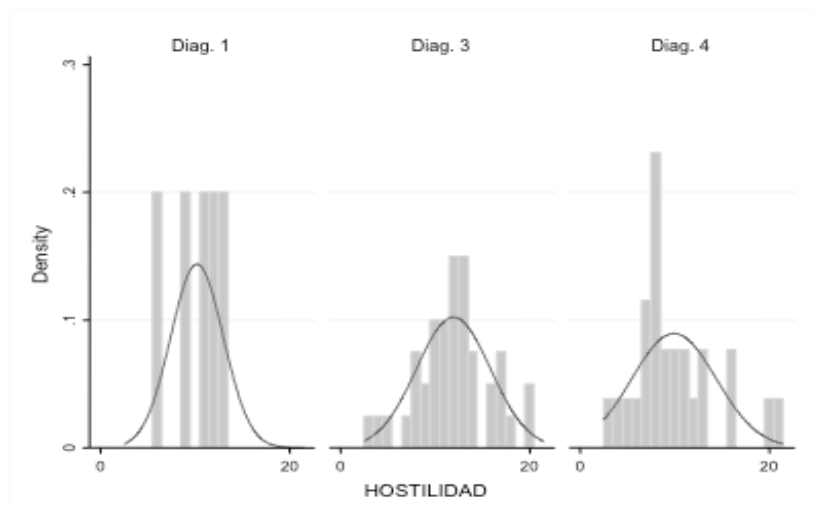
En relación al análisis del factor hostilidad, la media en la cohorte de ingresos no consentidos fue de 11,24. La categoría diagnóstica que presentó una puntuación media más elevada es la de trastorno de personalidad, con un promedio de 14 en los tres sujetos que componen este subconjunto. Le sigue el grupo de retraso mental, con un valor de la 12,5, resultante de la puntuación del hombre, 13, y de la mujer, 12. La tercera categoría diagnóstica con puntuaciones más altas resultó la de trastornos psicóticos, en la que las mujeres han puntuado con una media de 13,2 y los hombres con 11,2. La media ulterior correspondió a las dos mujeres con diagnóstico de trastorno neurótico. Los trastornos mentales orgánicos obtuvieron un promedio de 10,2, los dos hombres puntuaron 10,5 y las tres mujeres 10. En último lugar, se halló el grupo de trastornos del humor, con una media de 9,92, resultante de los 11 hombres que han puntuado con una media de 11,27 y las 15 mujeres, con una media de 8,93.

Tabla 15. *Análisis descriptivo factor hostilidad según variable grupo diagnóstico.*

Grupos diagnósticos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		Media \pm Desv. Tip.	Mediana	IQR (p25-p75)	Rango	(Mínimo - Máximo)	Shapiro-Wilk (P - valor)	Decisión
F00.00 - F09.00	5	10.20 \pm 2.77	11	3 (9-12)	7	(6-13)	0.656	No hay evidencias*
F20.00 - F29.00	40	11.95 \pm 3.90	12	4 (10-14-)	17	(3-20)	0.949	No hay evidencias*
F30.00 - F39.00	26	9.92 \pm 4.45	8.5	5 (7-12)	18	(3-21)	0.058	No hay evidencias*

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

A continuación se exponen los histogramas en base a los cuales se rechaza la distribución normal, que de nuevo permite observar las puntuaciones heterogéneas y extremas de este factor.



Diag. 1: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, F00.00–F09.00.

Diag. 3: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, F20.00–F29.00.

Diag. 4: Trastornos del humor o afectivos, F30.00–F39.00.

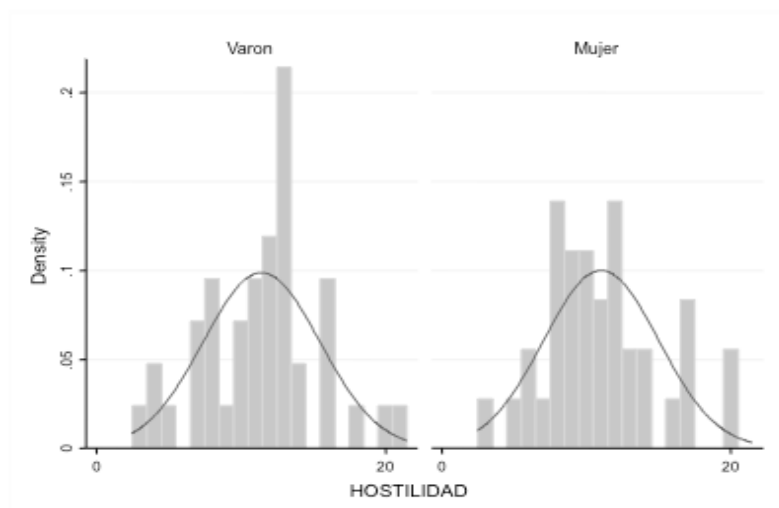
Gráfica 26a-26c. *Histogramas factor hostilidad según grupo diagnóstico*

En el análisis de las puntuaciones en el factor hostilidad según variable género, se obtienen puntuaciones medias similares, 11,43 para el grupo de los hombres versus 11,03 para el grupo de las mujeres. Cabe reseñar la imposibilidad de obtener datos comparativos según género en la categoría diagnóstica trastorno de personalidad, en la que los tres sujetos son varones, y en la categoría diagnóstica trastornos neuróticos, en la que son dos mujeres. En ambos grupos se han obtenido puntuaciones superiores a la media.

Tabla 16. *Análisis descriptivo factor hostilidad según variable sexo.*

Grupos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		<i>Media ± Desv. Tip.</i>	<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25- p75)</i>	<i>Rango</i>	<i>(Mínimo - Máximo)</i>	<i>Shapiro- Wilk (P- valor)</i>	<i>Decisión</i>
Varón	42	11.43±4.04	12	5 (8-13)	18	(3-21)	0.823	No hay evidencias*
Mujer	36	11.03±3.99	10.5	5 (8-13)	17	(3-20)	0.590	No hay evidencias*

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.



Gráficas 27a-27b. *Histogramas factor hostilidad según variable género*

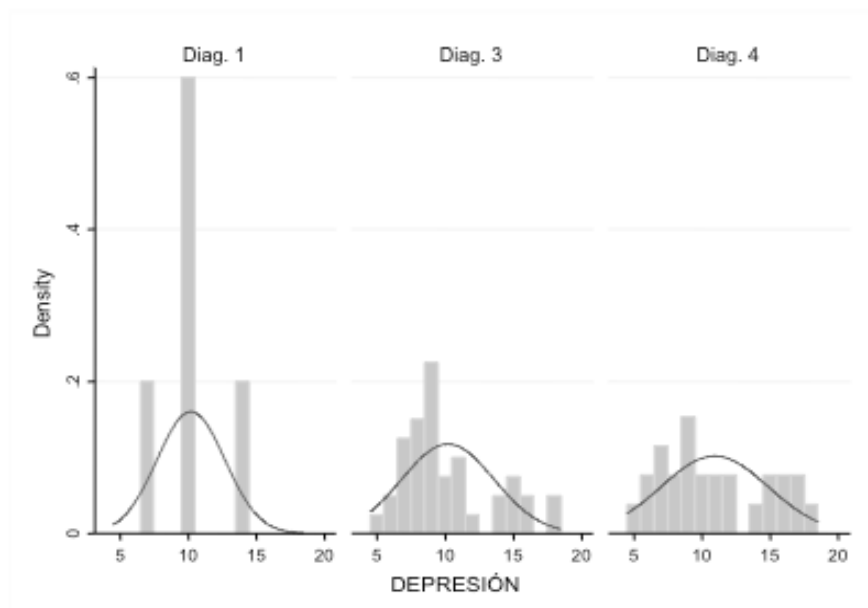
Resultados

En relación a la media de la puntuación del factor depresión, cabe destacar la homogeneidad de medias según categorías diagnósticas, a tenor de la similitud de sus valores (10,41). El promedio de 10,92 se ha hallado en la categoría diagnóstica trastornos del humor, sin que se hayan apreciado diferencias significativas según género, siendo 11,18 en el subconjunto de los 11 hombres y 10,73 en el subconjunto de las 15 mujeres. La segunda media superior se corresponde con la categoría diagnóstica trastorno de personalidad, en la que los tres sujetos promediaron 10,67. La tercera media de puntuaciones más alta se corresponde con el promedio del grupo trastorno psicótico (10,2) y del grupo trastorno mental orgánico (10,2). No se han apreciado diferencias entre las puntuaciones de los 25 hombres y las 15 mujeres con diagnóstico de trastorno psicótico, pues presentan una media de 10,24 y 10,13, respectivamente. En cambio, en el grupo diagnóstico trastorno mental orgánico, los hombres han puntuado más alto con una media de 12 frente a las mujeres, con un promedio de 9. El ulterior grupo diagnóstico resultó el de retraso mental, con una media de 9,5, y una diferencia franca según género, siendo la puntuación de 7 para el hombre y de 9 para la mujer. La media más baja se ha encontrado la categoría diagnóstica de trastorno neurótico, con un promedio de 9.

Tabla 17. *Análisis descriptivo factor depresión según grupo diagnóstico.*

Grupos diagnósticos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		<i>Media ± Desv. Tip.</i>	<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25-p75)</i>	<i>Rango</i>	<i>(Mínimo - Máximo)</i>	<i>Shapiro-Wilk (P - valor)</i>	<i>Decisión</i>
F00.00 - F09.00	5	10.20±2.49	10	0 (10-10)	7	(7-14)	<0.001	Rechazo normalidad
F20.00 - F29.00	40	10.20±3.39	9	3.5 (8-11.5)	13	(5-18)	0.007	Rechazo normalidad
F30.00 - F39.00	26	10.90±3.92	10	7 (8-15)	13	(5-18)	0.129	No hay evidencias *

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.



Diag. 1: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, F00.00–F09.00.

Diag. 3: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, F20.00–F29.00.

Diag. 4: Trastornos del humor o afectivos, F30.00–F39.00.

Gráficas 28a-28c. Histogramas factor depresión según categoría diagnóstica

En el análisis diferenciado según la variable género, no se han apreciado diferencias significativas en el promedio del subconjunto de los hombres y el subconjunto de las mujeres.

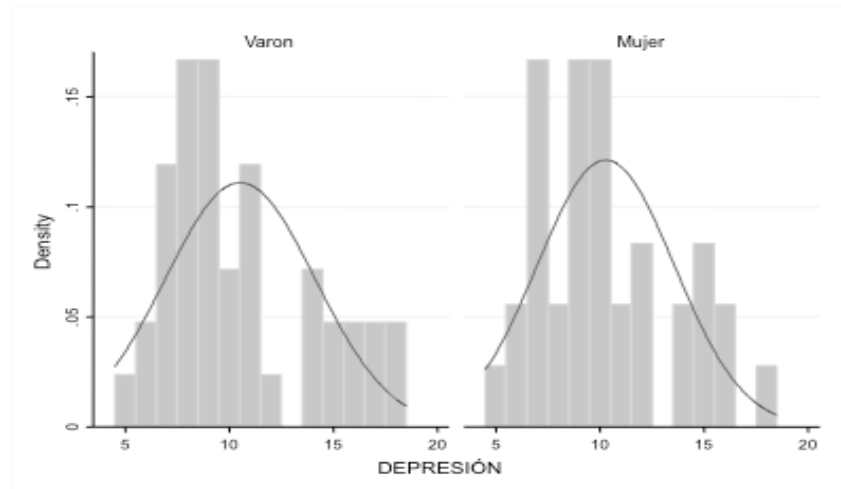
Tabla 18. Análisis descriptivo del factor depresión según variable sexo.

Grupos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		<i>Media ± Desv. Tip.</i>	<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25- p75)</i>	<i>Rango</i>	<i>(Mínimo - Máximo)</i>	<i>Shapiro- Wilk (P- valor)</i>	<i>Decisión</i>
Varón	42	10.52±3,59	9	6 (8-14)	13	(5-18)	0.008	Rechazo normalidad
Mujer	36	10.28±3.29	10	4.5 (7.5- 12)	13	(5-18)	0.124	No hay evidencias*

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

Resultados

No se acepta la distribución normal en función del histograma en el subconjunto de las mujeres.



Gráficas 29a-29b. Histogramas factor depresión según variable género

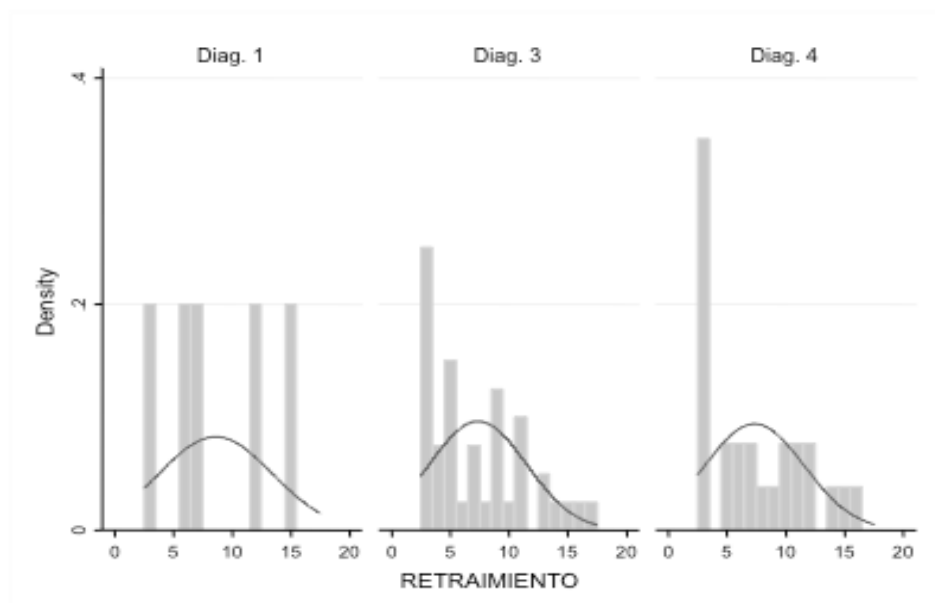
El último factor del modelo de cuatro dimensiones del análisis factorial de la escala BPRS es el retraimiento, cuya media de puntuaciones resultó 7,32. La categoría diagnóstica que ha presentado un promedio más elevado es el grupo trastornos mentales orgánicos, con una media de puntuaciones en el subconjunto de mujeres de 9,33 versus la media de los hombres de 7,5. El subsiguiente grupo diagnóstico fue trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico y trastornos del ideas delirantes, con una media de puntuaciones de 7,35, y con diferencias significativas según género, siendo el promedio del subconjunto de hombres de 8,88 y el del subconjunto de mujeres de 4,8. Le ha seguido la categoría diagnóstica trastornos del humor, con una media de 7,34; el subconjunto de hombres presenta un promedio de puntuaciones más bajo (6,64) que el de mujeres (7,87). Las dos mujeres con diagnóstico trastorno neurótico obtuvieron una media de 6,5, seguida de la media de los tres hombres con diagnóstico de trastorno de personalidad, con un valor de 6, y el de los pacientes con diagnóstico de retraso mental, el hombre con un valor de 5 y la mujer con una puntuación de 7.

Tabla 19. *Análisis descriptivo factor retraimiento según grupo diagnóstico.*

Grupos diagnósticos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		<i>Media ± Desv. Típ.</i>	<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25-p75)</i>	<i>Rango</i>	<i>(Mínimo - Máximo)</i>	<i>Shapiro-Wilk (P - valor)</i>	<i>Decisión</i>
F00.00 - F09.00	5	8.60±4.83	7	6 (6-12)	12	(3-15)	0.758	No hay evidencias*
F20.00 - F29.00	40	7.35±4.14	6.5	7 (3.5-10.5)	14	(3-17)	0.003	Rechazo normalidad
F30.00 - F39.00	26	7.35±4.24	6.5	8 (3-11)	13	(3-16)	0.028	Rechazo normalidad

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

Las distribuciones de las puntuaciones según variable género que reflejan la ausencia de normalidad se exponen a continuación.



Diag. 1: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, F00.00–F09.00.

Diag. 3: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, F20.00–F29.00.

Diag. 4: Trastornos del humor o afectivos, F30.00–F39.00.

Gráficas 30a-30c. *Histogramas factor retraimiento según variable categoría diagnóstica*

Resultados

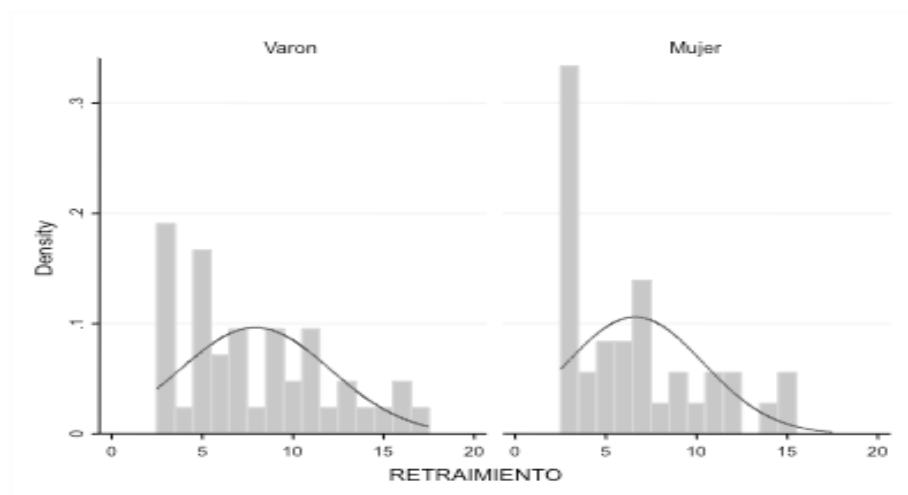
Se observa un promedio en el subconjunto de hombres superior (7,93), frente a la media del subconjunto de mujeres (6,61).

Tabla 20. *Análisis descriptivo factor retraining según variable sexo.*

Grupos	N	DESCRIPCIÓN PARAMÉTRICA	DESCRIPCIÓN NO PARAMÉTRICA		VALORES EXTREMOS		ASUNCIÓN DE NORMALIDAD	
		Media \pm Desv. Típ.	Mediana	IQR (p25- p75)	Rango	(Mínimo - Máximo)	Shapiro- Wilk (P- valor)	Decisión
Varón	42	7.93 \pm 4.14	7	6 (5-11)	14	(3-17)	0.015	Rechazo normalidad
Mujer	36	6.61 \pm 3.77	6	6 (3-9)	12	(3-15)	0.004	Rechazo normalidad

* Pese a que el test de Shapiro-Wilk no detecta evidencias para rechazar la hipótesis nula de ajuste de los datos a la distribución normal, a la vista del histograma no podemos asumir normalidad.

De acuerdo con los histogramas, se observa una distribución heterogénea de las puntuaciones en ambos subconjuntos.



Gráficas 31a-31b. Histogramas factor retraining según variable género

Comparaciones apareadas de las dimensiones factoriales

Habiendo realizado el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas, fundamentalmente los ítems identificativos de las posibles alteraciones psicopatológicas en la cohorte de ingresos no consentidos, se ha procedido al análisis comparativo de las cuatro dimensiones de los cuatro factores para explorar un posible predominio de alguno de ellos con respecto a los otros, de acuerdo con la información recogida en publicaciones previas (Ryba & Zapf, 2011; Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS. , 2008; Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen., 1996; Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012; Huber, et al., 2012).

Para la realización de estas comparaciones apareadas se ha utilizado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

a) Psicoticismo versus Hostilidad (N= 78).

FACTOR	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Psicoticismo	11	4 (8 - 12)	0,117
Hostilidad	11	5 (8 - 13)	

b) Psicoticismo versus Depresión (N=78).

FACTOR	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Psicoticismo	11	4 (8 - 12)	0.657
Depresión	9.5	4 (8 - 12)	

c) Psicoticismo versus Retraimiento (N=78).

FACTOR	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Psicoticismo	11	4 (8 - 12)	<0.001
Retraimiento	6.5	7 (3 - 10)	

d) Hostilidad versus Retraimiento (N=78).

FACTOR	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Hostilidad	11	5 (8 - 13)	<0.001
Retraimiento	6.5	7 (3 - 10)	

e) Hostilidad versus Depresión (N=78).

FACTOR	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Hostilidad	11	5 (8 - 13)	0,099
Depresión	9.5	4 (8 - 12)	

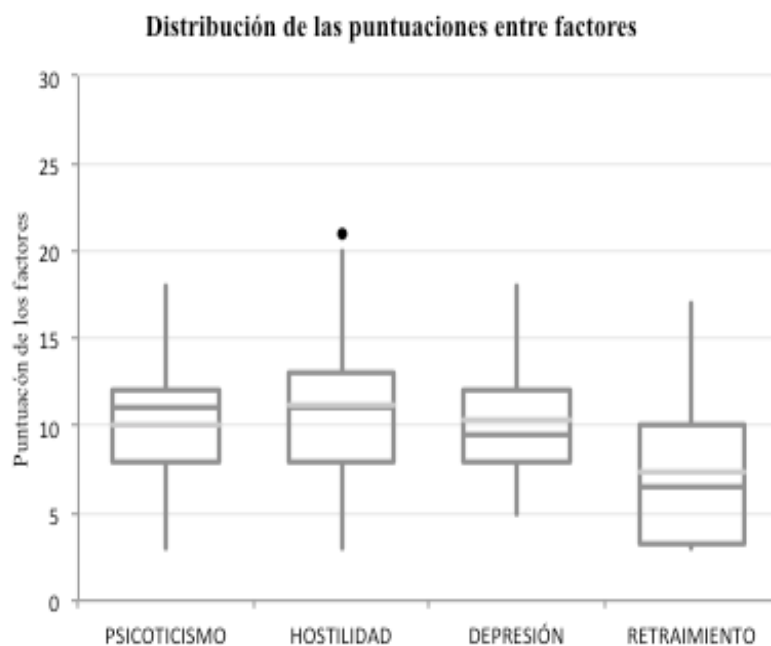
f) Depresión versus Retraimiento (N=78).

FACTOR	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Retraimiento	6.5	7 (3 - 10)	<0.001
Depresión	9.5	4 (8 - 12)	

Tanto el factor psicoticismo, como hostilidad y depresión, han presentado puntuaciones superiores con significación estadística con respecto al factor retraimiento ($p < 0,05$).

En cambio, no se ha apreciado predominio exclusivo de síntomas de ningún factor con respecto al resto.

En cuanto a la distribución de estas puntuaciones, el factor hostilidad presentó mayor heterogeneidad, con medidas de dispersión altas, concretamente un intervalo intercuartílico de 5 y un rango de 18, con un valor extremo de 21.



Gráfica 32. Diagrama de cajas puntuación factores BPRS

Resultados

A tenor de la ausencia de superioridad de las puntuaciones del factor psicoticismo con respecto al factor hostilidad y factor depresión, para un examen más exhaustivo se ha procedido al análisis comparativo de estos factores diferenciado por subgrupos de género y subgrupos diagnósticos, de nuevo mediante la prueba U de Mann-Whitney.

a) Psicoticismo versus Hostilidad (N=78).

Género	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Varón	42	Psicoticismo	11	(8-13)	0.171
		Hostilidad	12	(8-13)	
Mujer	36	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.370
		Hostilidad	10.5	(8-13)	

b) Psicoticismo versus Depresión (N=78).

Género	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Varón	42	Psicoticismo	11	(8-13)	0.740
		Depresión	9	(8-14)	
Mujer	36	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.870
		Depresión	10	(7.5-12)	

c) Psicoticismo versus Retraimiento (N=78).

Género	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Varón	42	Psicoticismo	11	(8-13)	0.011
		Retraimiento	7	(5-11)	
Mujer	36	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.001
		Retraimiento	6	(3-9)	

d) Depresión versus Hostilidad (N=78).

Género	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Varón	42	Depresión	9	(8-14)	0.181
		Hostilidad	12	(8-13)	
Mujer	36	Depresión	10	(7,5-12)	0.379
		Hostilidad	10.5	(8-13)	

e) Depresión versus Retraimiento (N=78).

Género	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Varón	42	Depresión	9	(8-14)	0.003
		Retraimiento	7	(5-11)	
Mujer	36	Depresión	10	(7,5-12)	<0.001
		Retraimiento	6	(3-9)	

f) Hostilidad versus Retraimiento (N=78).

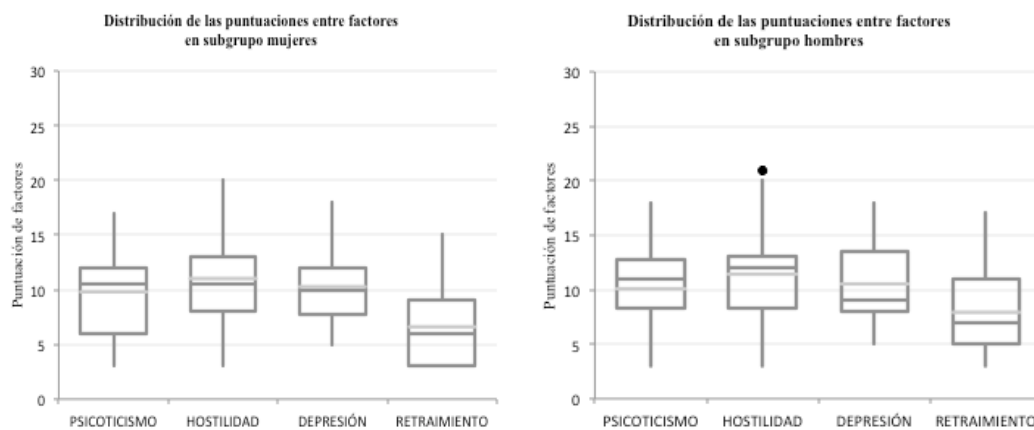
Género	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
Varón	42	Hostilidad	12	(8-13)	<0.001
		Retraimiento	7	(5-11)	
Mujer	36	Hostilidad	10.5	(8-13)	<0.001
		Retraimiento	6	(3-9)	

Se ha podido confirmar la superioridad estadísticamente significativa de las puntuaciones de psicoticismo ($p < 0,05$) con respecto a las puntuaciones del factor retraimiento tanto en el subconjunto de los hombres como en el subconjunto de las mujeres.

Resultados

También se han hallado puntuaciones superiores estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el factor depresión y en el factor hostilidad con respecto al factor retraimiento en ambos subgrupos, tanto la comparativa del subconjunto de los hombres como en el subgrupo de las mujeres.

En el análisis de la distribución de los factores diferenciados según género, se ha observado la puntuación extrema del factor hostilidad en el subconjunto de los hombres, con una mediana discretamente superior con respecto a la del subconjunto de mujeres.



Gráficas 33a-33b. Diagrama de cajas puntuaciones factores BPRS según subconjunto género

A continuación se ha procedido al análisis comparativo de los factores esta vez subdividido en subgrupos diagnósticos, comparando de nuevo las puntuaciones de todos los factores. Tal y como se expuso anteriormente, atendiendo al número de sujetos inferior a 5, se han excluido de estas observaciones los grupos diagnósticos de trastorno neurótico (compuesto por dos mujeres), trastorno de personalidad (con tres sujetos varones) y retraso mental (con un hombre y una mujer).

Los resultados de las comparaciones apareadas según categorías diagnósticas se exponen a continuación:

a) Psicoticismo versus Hostilidad (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Psicoticismo	6	(5-6)	0.047
		Hostilidad	11	(9-12)	
F20.00 - F29.00	40	Psicoticismo	11	(10-13.5)	0.718
		Hostilidad	12	(10-14)	
F30.00 - F39.00	26	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.884
		Hostilidad	8.5	(7-12)	

b) Psicoticismo versus Depresión (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Psicoticismo	6	(5-6)	0.036
		Depresión	10	(10-10)	
F20.00 - F29.00	40	Psicoticismo	11	(10-13.5)	0.003
		Depresión	9	(8-11.5)	
F30.00 - F39.00	26	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.327
		Depresión	10	(8-15)	

c) Psicoticismo versus Retraimiento (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Psicoticismo	6	(5-6)	0.347
		Retraimiento	7	(6-12)	
F20.00 - F29.00	40	Psicoticismo	11	(10-13.5)	<0.001
		Retraimiento	6.5	(3.5-10.5)	
F30.00 - F39.00	26	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.077
		Retraimiento	6.5	(3-11)	

d) Depresión versus Hostilidad (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Depresión	10	(10-10)	0.912
		Hostilidad	11	(9-12)	
F20.00 - F29.00	40	Depresión	9	(8-11.5)	0.013
		Hostilidad	12	(10-14)	
F30.00 - F39.00	26	Depresión	10	(8-15)	0.314
		Hostilidad	8.5	(7-12)	

e) Depresión versus Retraimiento (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Depresión	10	(10-10)	0.531
		Retraimiento	7	(6-12)	
F20.00 - F29.00	40	Depresión	9	(8-11,5)	0.001
		Retraimiento	6.5	(3.5-10.5)	
F30.00 - F39.00	26	Depresión	10	(8-15)	0.004
		Retraimiento	6.5	(3-11)	

f) Hostilidad versus Retraimiento (N=71).

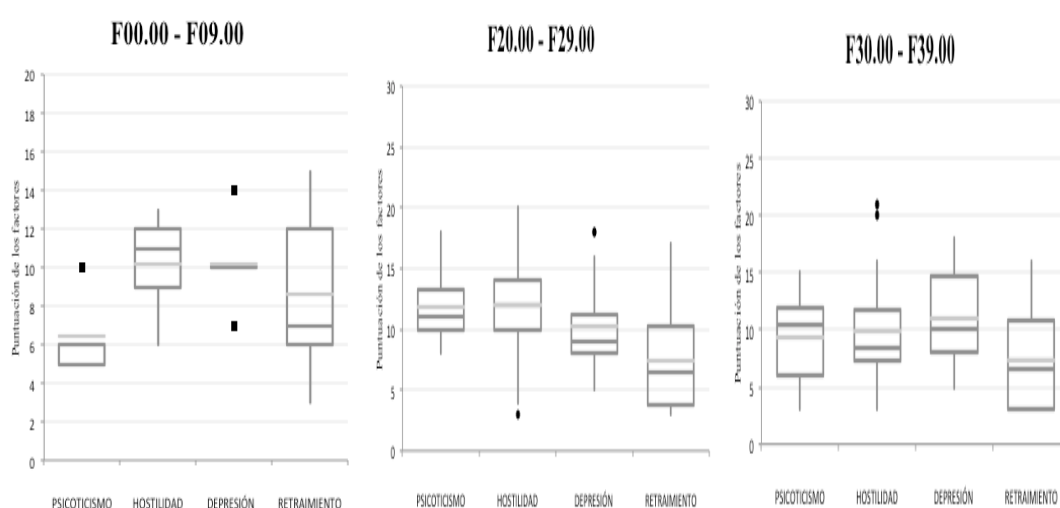
Subgrupos	N	Factor	Mediana	IQR (p25 - p75)	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Hostilidad	11	(9-12)	0.601
		Retraimiento	7	(6-12)	
F20.00 - F29.00	40	Hostilidad	12	(10-14)	<0.001
		Retraimiento	6.5	(3.5-10.5)	
F30.00 - F39.00	26	Hostilidad	8.5	(7-12)	0.039
		Retraimiento	6.5	(3-11)	

En el análisis diferenciado por subgrupo diagnóstico, en la categoría diagnóstica de trastorno mental orgánico se ha evidenciado la superioridad de las puntuaciones del factor hostilidad y factor depresión frente al factor psicoticismo ($p < 0,05$), sin que se aprecian otros datos relevantes.

En la categoría diagnóstica de trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, las puntuaciones de la dimensión psicoticismo y hostilidad han sido superiores a las puntuaciones del factor depresión, que a su vez han resultado superiores a las puntuaciones del factor retraimiento ($p < 0,05$).

En la categoría diagnóstica de trastorno del humor, se ha confirmado la inferioridad de las puntuaciones en el factor retraimiento con respecto al factor depresión y hostilidad ($p < 0,05$), si bien no se han objetivado diferencias estadísticamente significativas en el resto de comparaciones.

Se ilustra mediante el diagrama de cajas la distribución de las puntuaciones según grupo diagnóstico de los cuatro factores BPRS. En los tres grupos diagnósticos, destaca la variabilidad de los valores del factor retraimiento versus el resto de factores. En el factor hostilidad y en el factor depresión se han encontrado valores atípicos en los tres grupos diagnósticos.



Gráfica 34a-34c. Diagrama de cajas factores BPRS según subgrupo diagnóstico

Correlaciones variables psicopatológicas

Para el examen de una posible asociación o interdependencia entre las puntuaciones de los distintos factores en la cohorte de ingresos no consentidos, se ha procedido a la obtención del coeficiente de correlación de Spearman, cuyos resultados se exponen a continuación:

a) Psicoticismo versus Hostilidad (N=78).

FACTOR	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
	Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
Psicoticismo	11	4 (8 - 12)	0.12	0.311	233	0.312
Hostilidad	11	5 (8 - 13)				

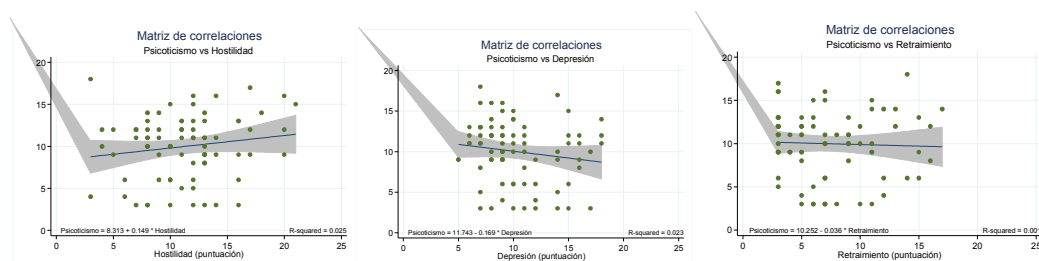
b) Psicoticismo versus Depresión (N=78).

Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
	Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
Psicoticismo	11	4 (8 - 12)	-0.19	0.093	-374	0.302
Depresión	9.5	4 (8 - 12)				

c) Psicoticismo versus Retraimiento (N=78).

Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
	Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
Psicoticismo	11	4 (8 - 12)	-0.09	0.450	-193	0.399
Retraimiento	6.5	7 (3 - 10)				

No se ha identificado ninguna correlación entre las puntuaciones del factor psicoticismo con las puntuaciones de los otros tres factores, cuyas matrices de correlación se exponen a continuación.



Gráfica 35a-35c. Matrices de correlaciones del factor psicoticismo

A continuación se muestran las correlaciones entre los factores retraimiento, hostilidad y depresión.

d) .Depresión versus Retraimiento (N = 78).

Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
	Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
Depresión	9,5	4 (8 - 12)	0,423	< 0,001	0,309	< 0,001
Retraimiento	6.5	7 (3 - 10)				

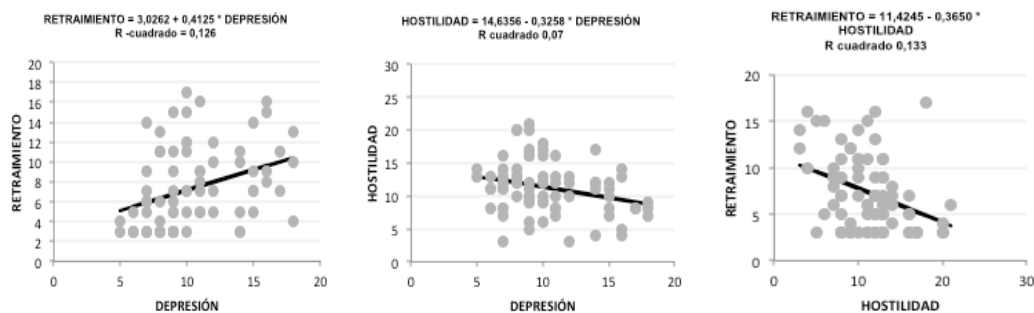
e) Depresión versus Hostilidad (N = 78).

Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
	Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
Depresión	9,5	4 (8 - 12)	-0,269	0,017	-0,192	0,210
Hostilidad	11	5 (8 - 13)				

f) Hostilidad versus Retraimiento (N = 78).

Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
	Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
Hostilidad	11	5 (8 - 13)	-0,337	0,002	-0,261	<0,001
Retraimiento	6,5	7 (3 - 10)				

Se ha confirmado la correlación negativa estadísticamente significativa entre el factor hostilidad y el factor depresión (coeficiente de correlación -0,269), otra correlación negativa más contundente entre el factor hostilidad y retraimiento (coeficiente de correlación -0,337) y una correlación positiva aún más intensa entre el factor depresión y retraimiento (coeficiente de correlación 0,423) ($p < 0,05$).



Gráfica 36a-36c. Matrices de correlaciones factor depresión, retraimiento y hostilidad

Tal y como se aprecian en las matrices, a medida que aumentan las puntuaciones del factor depresión, aumentan también las del factor retraimiento y disminuyen las puntuaciones del factor hostilidad. Previsiblemente desde una perspectiva clínica, el aumento de las puntuaciones de hostilidad supone el descenso de los valores de la dimensión retraimiento.

En el estudio de correlaciones de los factores diferenciados por subgrupo género, de nuevo mediante el coeficiente de correlación de Spearman, se han obtenido los siguientes resultados:

a) Psicoticismo versus Hostilidad (N=78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - 75)	Coef. Corr.	P- Valor	Score	P- Valor
Varón	42	Psicoticismo	11	(8-13)	-0.01	0.926	-10	0.921
		Hostilidad	12	(8-13)				
Mujer	36	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.30	0.077	130	0.075
		Hostilidad	10.5	(8-13)				

b) Psicoticismo versus Depresión (N=78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P- Valor	Score	P- Valor
Varón	42	Psicoticismo	11	(8-13)	-0.22	0.158	-123	0.180
		Depresión	9	(8-14)				
Mujer	36	Psicoticismo	10.5	(6-12)	-0.16	0.339	-68	0.354
		Depresión	10	(7.5-12)				

c) Psicoticismo versus Retraimiento (N=78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P- Valor	Score	P- Valor
Varón	42	Psicoticismo	11	(8-13)	0.15	0.337	84	0.361
		Retraimiento	7	(5-11)				
Mujer	36	Psicoticismo	10.5	(6-12)	-0.38	0.021	-162	0.024
		Retraimiento	6	(3-9)				

d) Depresión versus Retraimiento (N = 78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P- Valor	Score	P- Valor
Varón	42	Depresión	9	(8-14)	0,33	0,031	0,247	0,021
		Retraimiento	7	(5-11)				
Mujer	36	Depresión	10	(7.5-12)	0,55	<0,001	0,403	<0,001
		Retraimiento	6	(3-9)				

e) Depresión versus Hostilidad (N= 78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P- Valor	Score	P- Valor
Varón	42	Depresión	9	(8-14)	-0,394	<0,001	-0,294	0,006
		Hostilidad	12	(8-13)				
Mujer	36	Depresión	10	(7.5-12)	-0,096	0,578	-0,069	0,555
		Hostilidad	10,5	(8-13)				

f) Hostilidad versus Retraimiento (N = 78).

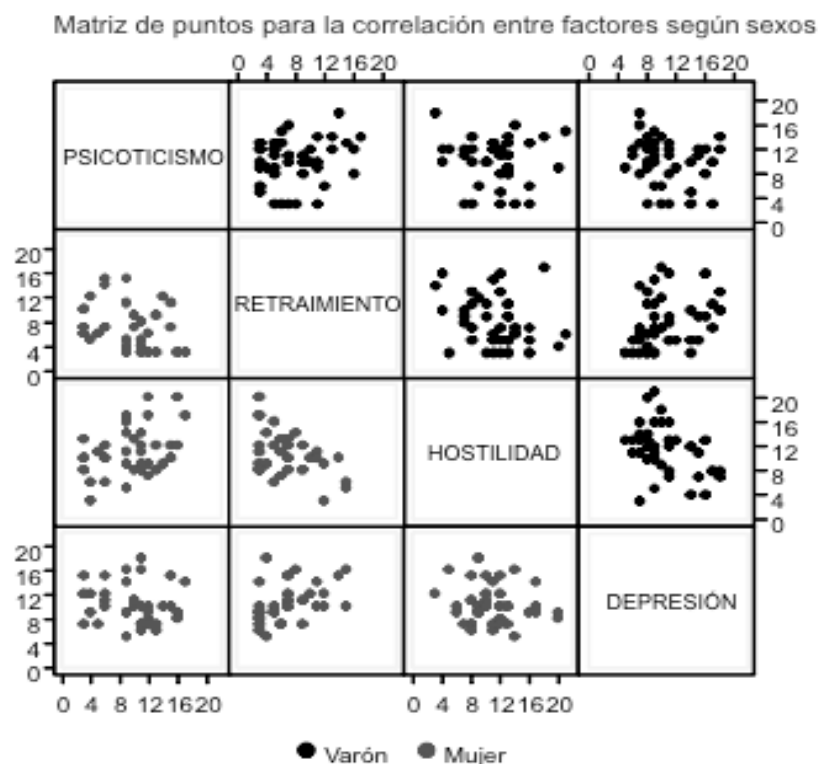
Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P- Valor	Score	P- Valor
Varón	42	Hostilidad	12	(8-13)	-0,319	0,039	-0,237	0,027
		Retraimiento	7	(5-11)				
Mujer	36	Hostilidad	10,5	(8-13)	-0,364	0,029	-0,297	0,011
		Retraimiento	6	(3-9)				

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede observar la correlación inversa estadísticamente significativa entre las puntuaciones del factor psicoticismo y factor retraimiento en el subgrupo de las mujeres, con un valor del coeficiente de correlación de Spearman de - 0,38 ($p < 0,05$).

En el análisis diferenciado según subgrupo género entre el factor depresión y retraimiento, se aprecia una correlación positiva más fuerte en el subconjunto mujeres, con un coeficiente de correlación de 0,55, frente al subconjunto hombres, con un valor de coeficiente un poco más discreto, pero también significativo, de 0,33 ($p < 0,05$).

La correlación inversa entre el factor hostilidad y el factor depresión sólo se mantiene en el subgrupo de los hombres ($p < 0,05$).

Y por último, la correlación inversa entre el factor hostilidad y el factor retraimiento, objetivada en la cohorte de ingresos no consentidos, se ha confirmado en el análisis por subgrupos, con un valor para el coeficiente de correlación de -0,319 para el subconjunto hombres y un valor de -0,364 para el subconjunto mujeres ($p < 0,05$).



Grafica 37a-37h. Matrices correlaciones factores según género

Resultados

En el análisis de las correlaciones según subgrupos diagnósticos de los distintos factores, se han obtenido los siguientes datos:

a) Psicoticismo versus Hostilidad (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Psicoticismo	6	(5-6)	0.11	0.866	0	-
		Hostilidad	11	(9-12)				
F20.00 - F29.00	40	Psicoticismo	11	(10-13.5)	-0.03	0.862	-7	0.943
		Hostilidad	12	(10-14)				
F30.00 - F39.00	26	Psicoticismo	10.5	(6-12)	0.33	0.096	72	0.110
		Hostilidad	8.5	(7-12)				

b) Psicoticismo versus Depresión (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Psicoticismo	6	(5-6)	0.00	-	0	-
		Depresión	10	(10-10)				
F20.00 - F29.00	40	Psicoticismo	11	(10-13.5)	-0.04	0.814	-21	0.812
		Depresión	9	(8-11.5)				
F30.00 - F39.00	26	Psicoticismo	10.5	(6-12)	-0.44	0.023	-91	0.044
		Depresión	10	(8-15)				

c) Psicoticismo versus Retraimiento (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Psicoticismo	6	(5-6)	0.63	0.252	4	0.433
		Retraimiento	7	(6-12)				
F20.00 - F29.00	40	Psicoticismo	11	(10-13.5)	0.09	0.574	48	0.575
		Retraimiento	6.5	(3.5-10.5)				
F30.00 - F39.00	26	Psicoticismo	10.5	(6-12)	-0.34	0.092	-72	0.105
		Retraimiento	6.5	(3-11)				

d) Depresión versus Hostilidad (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Depresión	10	(10-10)	0.22	0.717	2	0.769
		Hostilidad	11	(9-12)				
F20.00 - F29.00	40	Depresión	9	(8-11.5)	-0.07	0.671	-84	0.534
		Hostilidad	12	(10-14)				
F30.00 - F39.00	26	Depresión	10	(8-15)	0.46	0.018	-204	0.016
		Hostilidad	8.5	(7-12)				

e) Retraimiento versus Depresión (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Retraimiento	7	(6-12)	-0.22	0.717	-2	0.769
		Depresión	10	(10-10)				
F20.00 - F29.00	40	Retraimiento	6.5	(3.5-10.5)	-0.17	0.306	166	0.281
		Depresión	9	(8-11.5)				
F30.00 - F39.00	26	Retraimiento	6.5	(3-11)	-0.82	<0.001	384	3.2E-6
		Depresión	10	(8-15)				

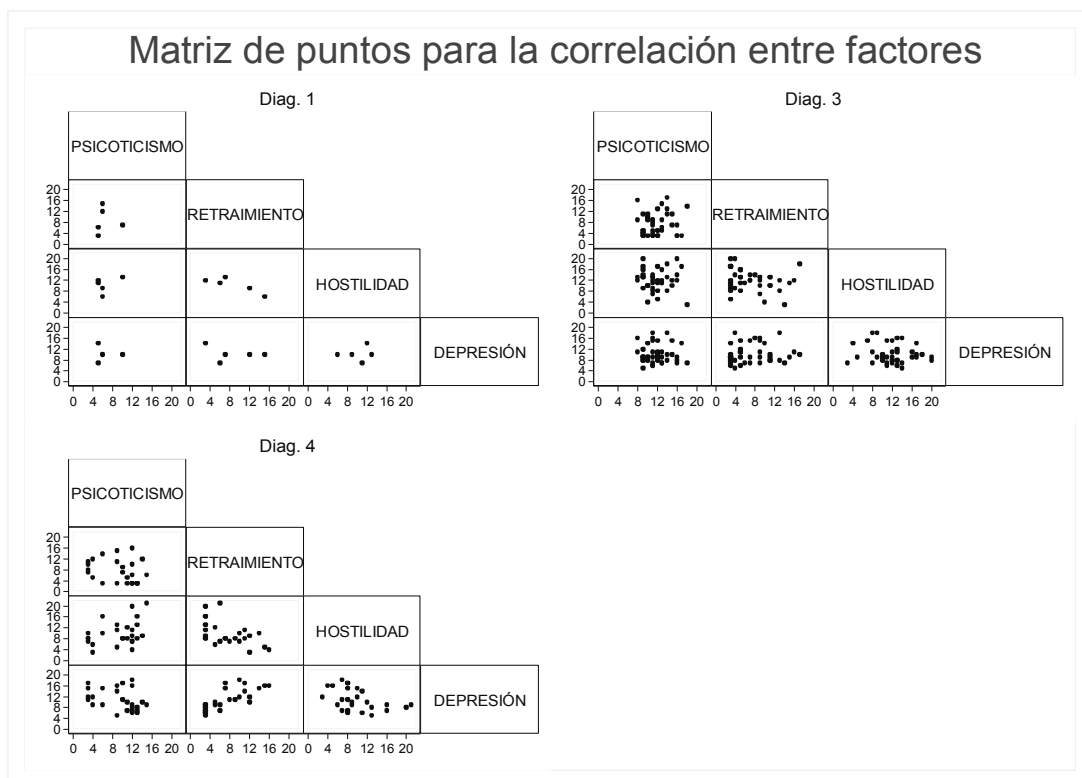
f) Hostilidad versus Retraimiento (N=71).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
			Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
F00.00 - F09.00	5	Hostilidad	11	(9-12)	-0.70	0.188	-12	0.142
		Retraimiento	7	(6-12)				
F20.00 - F29.00	40	Hostilidad	12	(10-14)	-0.17	0.289	-216	0.168
		Retraimiento	6.5	(3.5-10.5)				
F30.00 - F39.00	26	Hostilidad	8.5	(7-12)	-0.55	0.004	-232	0.004
		Retraimiento	6.5	(3-11)				

Resultados

No se han identificado correlaciones estadísticamente significativas entre factores en las categorías diagnósticas trastornos mentales orgánicos ni trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

Sí se han confirmado las correlaciones estadísticamente significativas en la categoría trastornos del humor, en la que las puntuaciones del factor hostilidad se han correlacionado fuertemente con las del factor depresión, con un coeficiente de correlación de 0,46, y también se han correlacionado, esta vez inversamente, con los valores recogidos en el factor retraimiento, con un coeficiente de correlación significativo de -0,55. Se ha confirmado una última correlación inversa entre los valores del factor psicoticismo y los valores del factor depresión, con un coeficiente de correlación de -0,44 ($p < 0,05$).

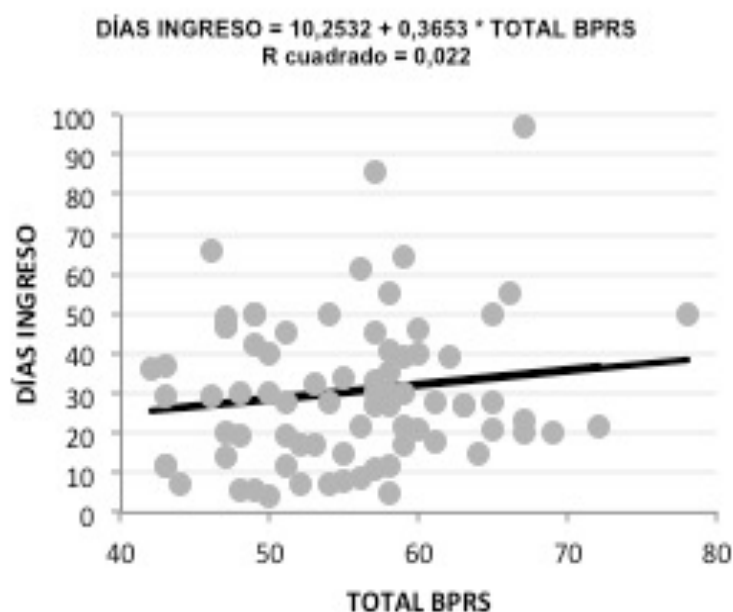


Gráfica 38a-38q. *Matrices correlaciones entre factores según grupo diagnóstico*

Correlación severidad sintomática con días de ingreso

Se ha analizado una posible correlación entre la variable número de días de ingreso hospitalario y la gravedad de la exploración psicopatológica del paciente que ha precisado internamiento, sin que se haya obtenido un resultado estadísticamente significativo.

Escala	Descriptivos		Correlación Spearman		Tau-Kendall	
	Mediana	IQR (p25 - p75)	Coef. Corr.	P-Valor	Score	P-Valor
Puntuación total BPRS	56	(49-59)	0.10	0.372	191	0.411
Días de ingreso	28	(17-41)				



Gráfica 39. Análisis de regresión

Comparación de las dimensiones factoriales según género

Se ha analizado las puntuaciones de los factores y las puntuaciones totales de la escala BPRS en busca de diferencias según la variable género mediante la realización de la prueba U de Mann-Whitney y realización de diagrama de barras, sin que se hayan obtenido datos de relevancia estadística.

a) Psicoticismo (N=78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos			P-Valor
			Mediana	P ₂₅ -P ₇₅	IQR	
Psicoticismo	42	Varón	11	(8-13)	5	0.654
	36	Mujer	10.5	(6-12)	6	

b) Hostilidad (N=78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos			P-Valor
			Mediana	P ₂₅ -P ₇₅	IQR	
Hostilidad	42	Varón	12	(8-13)	5	0.450
	36	Mujer	10.5	(8-13)	5	

c) Depresión (N=78).

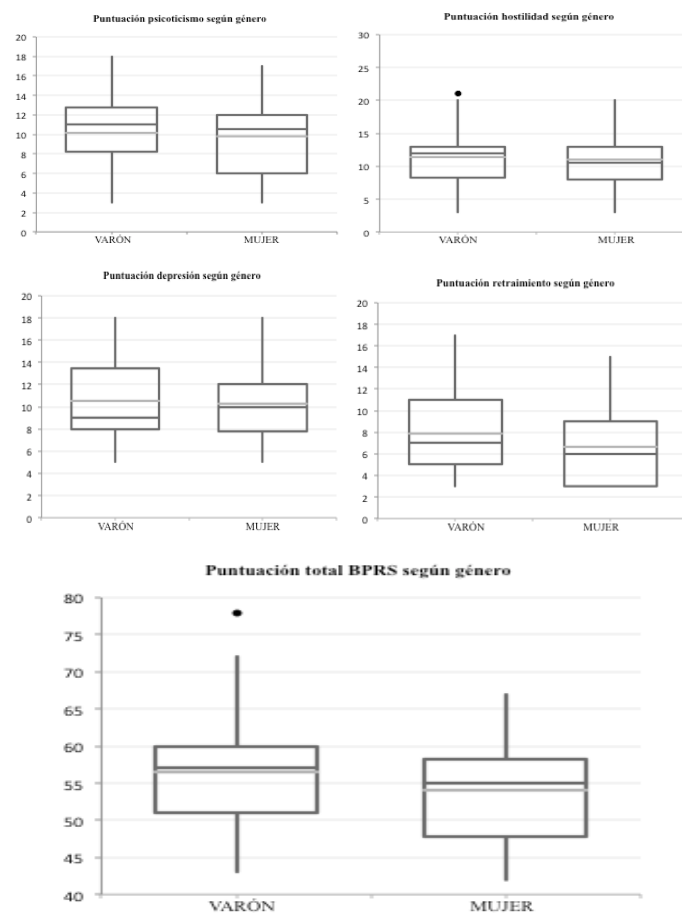
Subgrupos	N	Factor	Descriptivos			P-Valor
			Mediana	P ₂₅ -P ₇₅	IQR	
Depresión	42	Varón	9	(8-14)	6	0.904
	36	Mujer	10	(7.5-12)	4.5	

d) Retraimiento (N=78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos			P-Valor
			Mediana	P ₂₅ -P ₇₅	IQR	
Retraimiento	42	Varón	7	(5-11)	6	0.144
	36	Mujer	6	(3-9)	6	

e) Puntuación total BPRS (N=78).

Subgrupos	N	Factor	Descriptivos			P-Valor
			Mediana	P ₂₅ -P ₇₅	IQR	
BPRS Total	42	Varón	57	(51-60)	9	0.141
	36	Mujer	55	(47.5-58.5)	11	



Comparación de las dimensiones factoriales según grupo diagnóstico

Con intencionalidad de explorar posibles diferencias en las puntuaciones de las dimensiones y la puntuación total de la escala BPRS según las tres categorías diagnósticas reseñadas, se ha procedido al examen estadístico mediante la prueba de U Mann-Withney.

a) Psicoticismo (N=71).

Factor	Grupos	N	Descripción no paramétrica		P-Valor	Comparaciones dos a dos (P-Valor dos a dos)		
			Mediana	IQR (p25-p75)		F00.00 – F09.00	F20.00 – F29.00	F30.00 – F39.00
Psicoticismo	F00.00 - F09.00	5	6	1 (5-6)	0.003	-	0.0012	0.1442
	F20.00 - F29.00	40	11	3.5 (10-13.5)		0.0012	-	0.0380
	F30.00 - F39.00	26	10.5	6 (6-12)		0.1442	0.0380	-

b) Hostilidad (N=71).

Factor	Grupos	N	Descripción no paramétrica		P-Valor	Comparaciones dos a dos (P-Valor dos a dos)		
			Mediana	IQR (p25-p75)		F00.00 – F09.00	F20.00 – F29.00	F30.00 – F39.00
Hostilidad	F00.00 - F09.00	5	11	3 (9-12)	0.044	-	0.3093	0.5524
	F20.00 - F29.00	40	12	4 (10 -14)		0.3093	-	0.0153
	F30.00 - F39.00	26	8.5	5 (7-12)		0.5524	0.0153	-

c) Depresión (N=71).

Factor	Grupos	N	Descripción no paramétrica		P-Valor
			<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25-p75)</i>	
Depresión	F00.00 - F09.00	5	10	0 (10-10)	0.756
	F20.00 - F29.00	40	9	3.5 (8-11.5)	
	F30.00 - F39.00	26	10	7 (8-15)	

d) Retraimiento (N=71).

Factor	Grupos	N	Descripción no paramétrica		P-Valor
			<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25-p75)</i>	
Retraimiento	F00.00 - F09.00	5	7	6 (6-12)	0.794
	F20.00 - F29.00	40	6.5	7 (3.5-11.5)	
	F30.00 - F39.00	26	6.5	8 (3-11)	

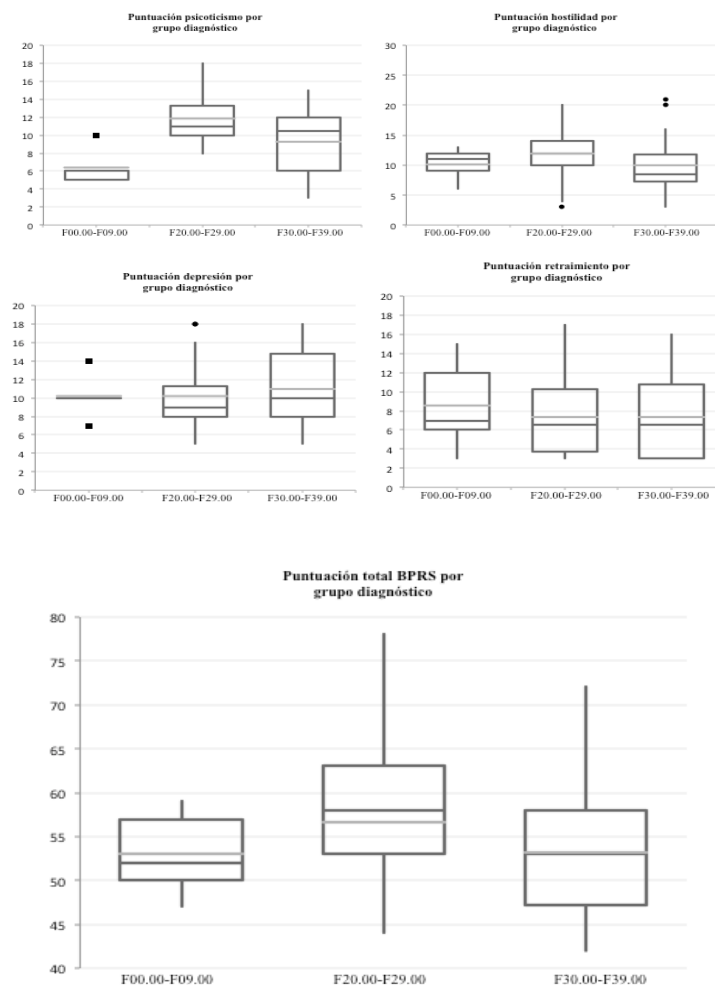
e) Puntuación total BPRS (N=71).

Factor	Grupos	N	Descripción no paramétrica		P-Valor	Comparaciones dos a dos (P-Valor dos a dos)		
			<i>Mediana</i>	<i>IQR (p25-p75)</i>		<i>F00.00 - F09.00</i>	<i>F20.00 - F29.00</i>	<i>F30.00 - F39.00</i>
Puntuación total BPRS	F00.00 - F09.00	5	52	7 (50-57)	0.012	-	0.1073	0.8717
	F20.00 - F29.00	40	58	10 (53-63)		0.1073	-	0.0084
	F30.00 - F39.00	26	53	11 (47-58)		0.8717	0.0084	-

Resultados

No se han confirmado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los factores retraimiento y depresión. En cambio, las puntuaciones del factor psicoticismo en el grupo diagnóstico de trastornos psicóticos son superiores con significación estadística ($p < 0,05$) con respecto a las puntuaciones del factor psicoticismo en el grupo de trastornos mentales orgánicos y trastornos del humor, sin que se hayan apreciado diferencias entre los valores de estas otras dos entidades.

También se ha confirmado que las puntuaciones en el factor hostilidad y las puntuaciones totales de la escala BPRS son superiores en el grupo diagnóstico de trastorno psicótico frente a las puntuaciones del grupo de trastorno del humor.



Análisis exploratorio factorial

Se ha realizado el análisis exploratorio factorial con rotación VariMax de los 18 ítems de la escala BPRS aplicada en la cohorte total de ingresos no voluntarios, con una muestra global de 78 pacientes. Para ello, se ha procedido a los siguientes pasos:

1) Se ha obtenido las correlaciones significativas (95% confianza) entre las puntuaciones de los ítems BPRS excluyendo los factores compuestos por combinaciones lineales de los 18 ítems. En el análisis de la matriz de las correlaciones se ha comprobado que algunas de las variables analizadas están altamente interrelacionadas, y por ende, se ha concluido que se cumple uno de los requisitos para hacer el análisis factorial.

En relación al análisis de la matriz de correlaciones ente los 18 ítems de la BPRS se han obtenido los siguientes datos significativos:

- I. El ítem de humor depresivo está correlacionado positivamente con el ítem autodesprecio y sentimientos de culpa (correlación 0,5292 con una $p = 0,0001$), con el ítem retraso motor (correlación 0,4231, con una $p = 0,0195$) y con el ítem afecto aplanado (correlación 0,6087, con una $p < 0,0001$); está correlacionado negativamente con el ítem grandeza (correlación -0,5520, con una $p < 0,0001$) y con el ítem excitación (correlación -0,4532, con una $p = 0,0053$).
- II. El ítem contenido inusual del pensamiento está correlacionado positivamente con el ítem suspicacia (correlación 0,5804, con una $p < 0,0001$).

- III. El ítem afecto aplanado está correlacionado positivamente con el ítem aislamiento emocional (correlación 0,6407, con una $p < 0,0001$) y con el ítem retraso motor (correlación 0,7078, con una $p < 0,0001$); el afecto aplanado está correlacionado negativamente con el ítem tensión (correlación -0,4070, con una $p = 0,0372$) y con el ítem hostilidad (correlación -0,5099, con una $p = 0,0003$).
- IV. El ítem excitación está correlacionado positivamente con el ítem tensión (correlación 0,5903, con una $p < 0,0001$) y con el ítem hostilidad (correlación 0,5729, con una $p < 0,0001$); está correlacionado negativamente con el ítem aislamiento emocional (correlación -0,4462, con una $p = 0,0072$), con el ítem retraso motor (correlación -0,5169, con una $p = 0,0002$) y con el ítem afecto aplanado (correlación -0,6771, con una $p < 0,0001$).

2) Se ha realizado una rotación (VariMax) de los ejes obtenidos para maximizar la varianza explicada por cada eje factorial extractado y se han obtenido las puntuaciones factoriales para cada ítem.

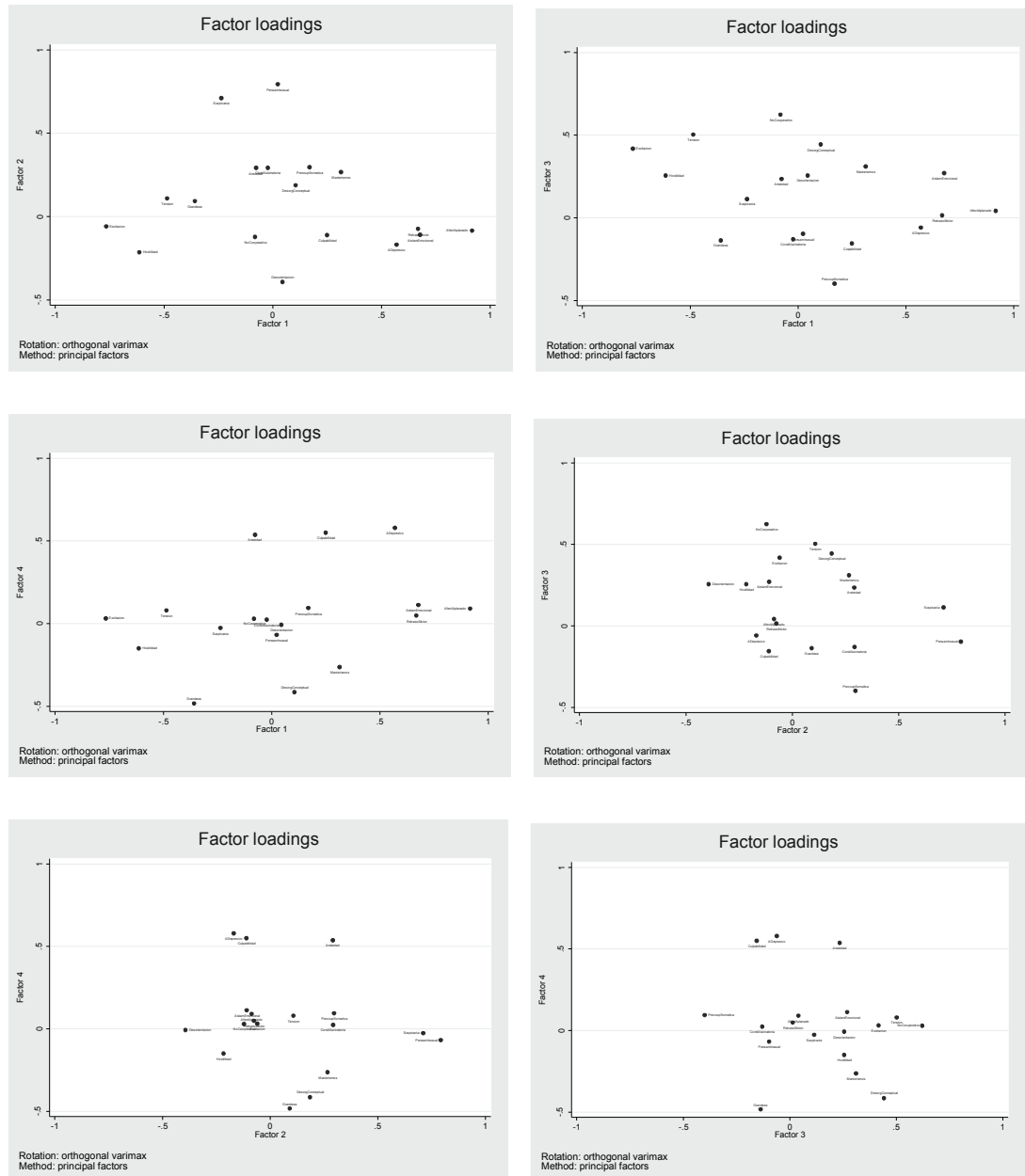
ÍTEM BPRS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
Preocupación Somática	0.1387	0.2183	-0.3983	0.0386
Ansiedad	-0.0621	0.1765	-0.0084	0.2489
Aislamiento Emocional	0.6466	-0.1442	0.1002	0.0194
Desorganización Conceptual	0.0666	0.1338	0.1161	-0.1365
Autodesprecio y Sentimientos de Culpabilidad	0.2658	-0.1247	-0.1071	0.6118
Tensión	-0.4134	0.0143	0.2700	-0.0189
Manierismos y Conductas Corporales Extrañas	0.2425	0.1430	0.0410	-0.1869
Grandeza	-0.3431	0.0425	-0.0836	-0.0372
Estado de Ánimo Depresivo	0.5503	-0.1174	-0.0347	0.4111
Hostilidad	-0.5099	-0.1341	0.5137	-0.2838
Susplicacia	-0.2341	0.7267	0.0914	-0.2426
Conducta Alucinatoria	-0.0196	0.2685	-0.1577	-0.1466
Retraso Motor	0.7327	0.0021	0.0242	-0.0002
No Cooperativo	-0.0094	-0.0302	0.7084	-0.0095
Contenido Inusual del Pensamiento	0.0220	0.8229	-0.1416	0.0724
Afecto Aplanado	0.9279	-0.0940	-0.0091	0.0886
Excitación	-0.7237	-0.0578	0.3929	-0.0267
Desorientación	-0.0249	-0.3531	0.0480	-0.0955

Resultados

3) Se han generado 4 ejes factoriales que recogen la información de los 18 ítems originales (estos ejes factoriales son análogos a los 4 factores ya documentados, psicoticismo, retraimiento, hostilidad y depresión). De las correlaciones obtenidas de los distintos ítems de la escala BPRS, de los factores extraídos y de los gráficos de los ejes factoriales se han establecido las siguientes relaciones de los ítems y ejes factoriales.

- I. Un primer factor en el que predomina el ítem de afecto aplanado, retraso motor, manierismo y conductas corporales extrañas, autodesprecio y sentimientos de culpa, ánimo depresivo y aislamiento emocional.
- II. Un segundo factor en el que se recogen los siguientes ítems: contenido inusual del pensamiento, suspicacia y conducta alucinatoria.
- III. Un tercer factor con los siguientes ítems: no cooperativo, tensión, hostilidad y excitación.
- IV. Un cuarto factor en el que destaca el ánimo depresivo, autodesprecio y sentimientos de culpabilidad y ansiedad.

A continuación se exponen los gráficos de las puntuaciones factoriales de los ejes factoriales sobre los que se proyectan las variables (dos a dos):



Gráficos 40a-40f. Gráficos ejes factoriales BPRS

Resultados

4) Se han calculado las correlaciones entre los 4 ejes factoriales generados y los factores del BPRS (psicoticismo, retraimiento, hostilidad y depresión), objetivándose correlación positiva para cada uno de los factores con los ejes factoriales del modelo de cuatro dimensiones referente.

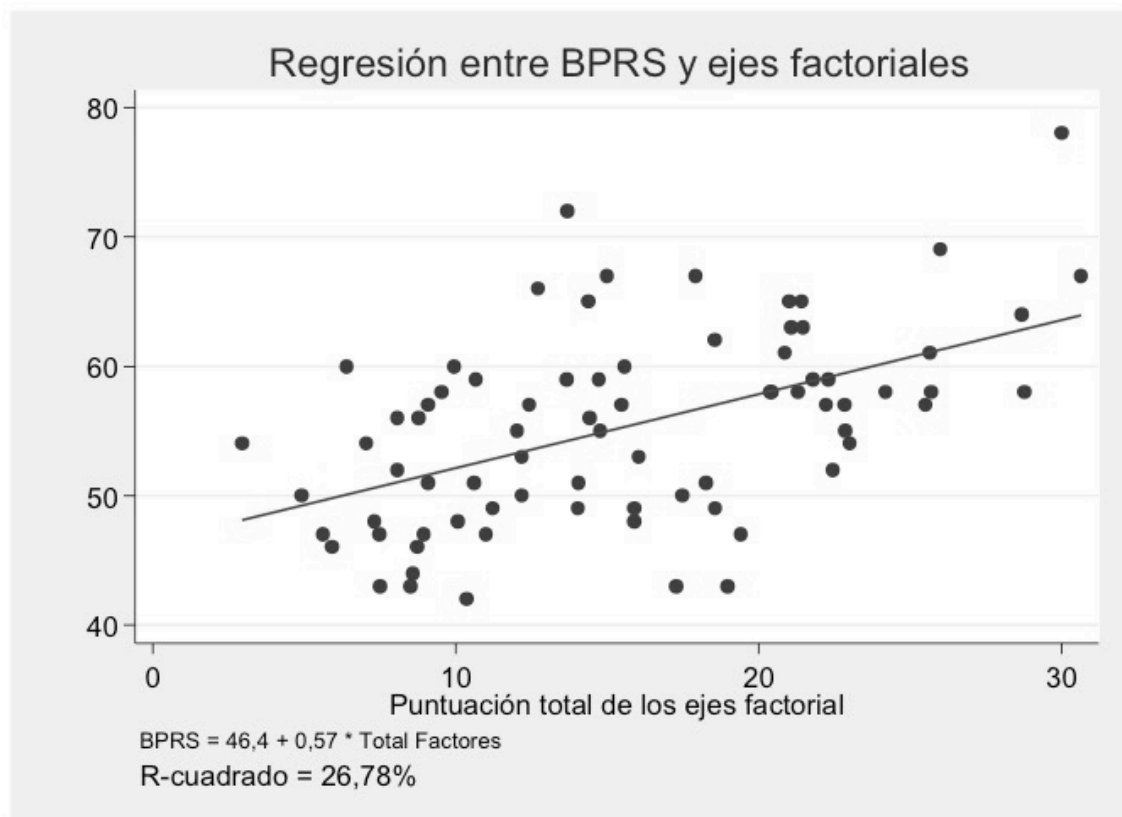
- Retraimiento = Eje Factorial 1 (Correlación: 0,9050)
- Psicoticismo = Eje Factorial 2 (Correlación: 0,7920)
- Hostilidad = Eje Factorial 3 (Correlación: 0,7436)
- Depresión = Eje Factorial 4 (Correlación: 0,8519)

Además se ha confirmado correlación negativa entre hostilidad y retraimiento (-0.337, $p < 0,05$), lo cual puede hacer que no se vean otras correlaciones en los factores.

A continuación se exponen (sólo) las correlaciones significativas (95%) entre factores y los BPRS:

	Psicoticismo	Retraimiento	Hostilidad	Depresión
FACTOR 1	-	0,905 (<0,001)	-0,5795 (<0,001)	0,4915 (<0,001)
FACTOR 2	0,792 (<0,001)	-	-	-
FACTOR 3	-	-	0,7436 (<0,001)	-
FACTOR 4	-	0,5187 (<0,001)	-0,6066 (<0,001)	0,8519 (<0,001)

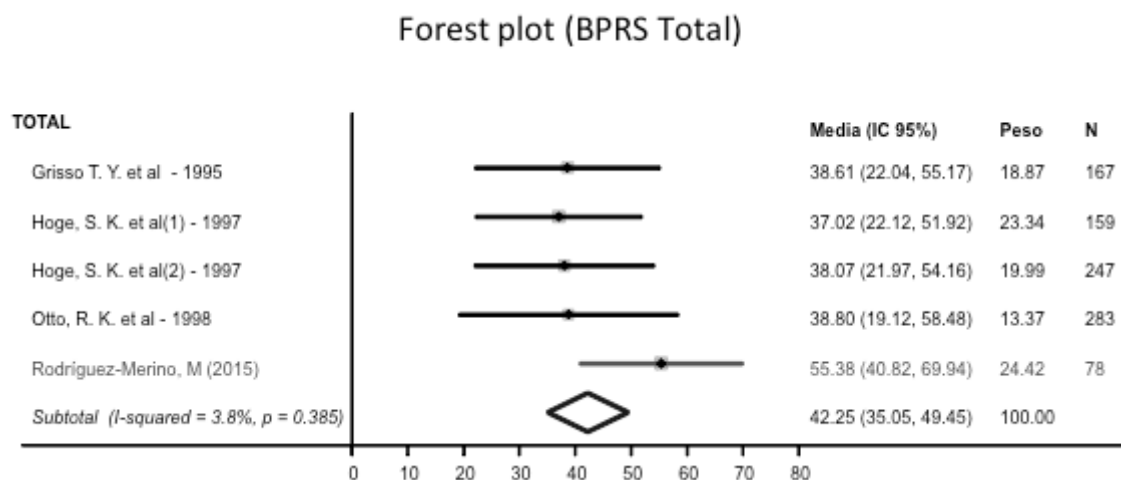
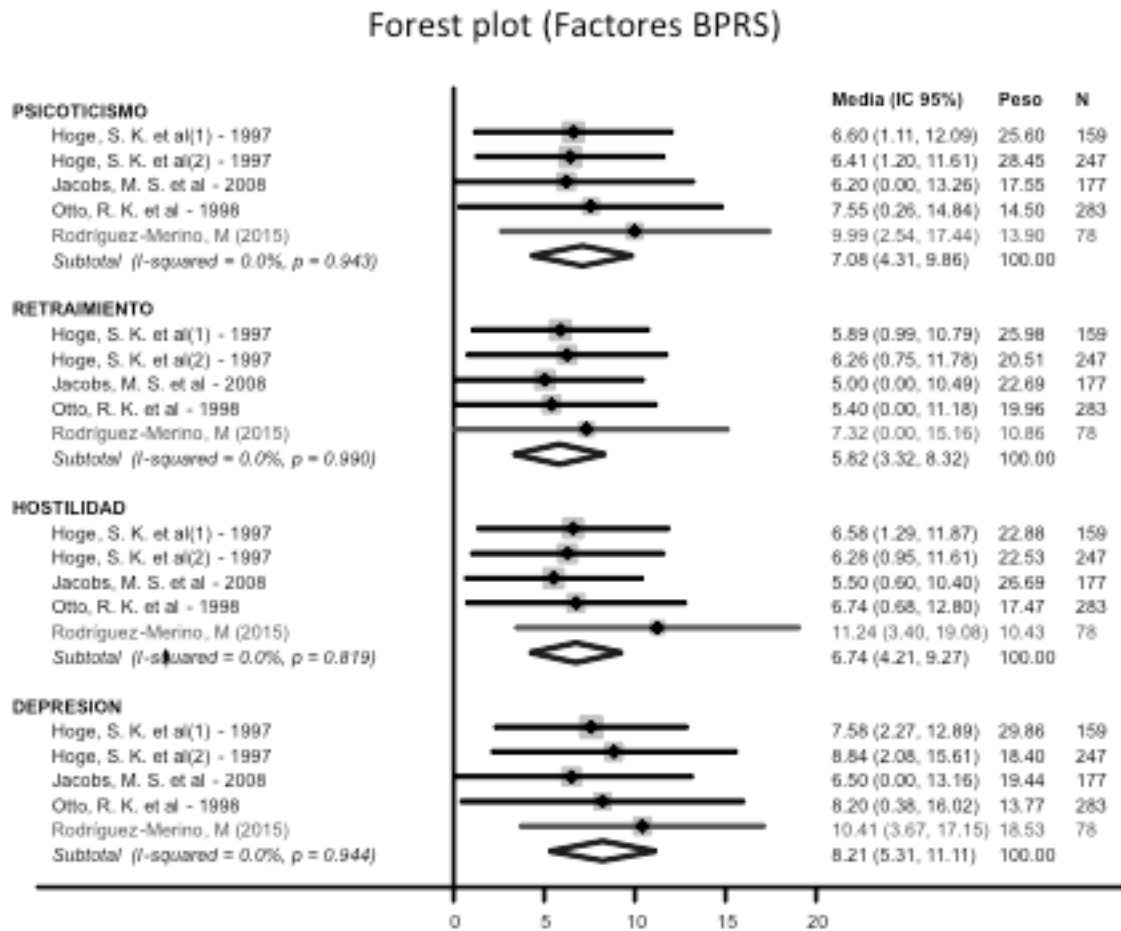
Acorde al análisis de regresión y diagrama de dispersión, se ha confirmado la correlación entre los ejes factoriales hallados y la puntuación total de la BPRS obtenida.



Gráfica 41. *Análisis de regresión ejes factoriales extraídos y puntuación total BPRS*

Gráficos Forest plot

(Factor psicoticismo, retraimiento, hostilidad, depresión y puntuación total BPRS)



DISCUSIÓN

Discusión

La obtención del consentimiento informado para la población psiquiátrica adquiere cada vez más importancia no sólo en la participación de investigaciones, sino también en el ámbito clínico para la toma de decisiones terapéuticas. Con intencionalidad de evaluar la capacidad decisional de estos pacientes se construyen herramientas y procedimientos que precisan de estandarización, mayoritariamente fundamentados en la exploración de las habilidades constituyentes de la capacidad de obrar, que se distinguen por ser la habilidad para expresar una elección, entender la información relevante relativa al tratamiento, apreciar el significado individualizado de la información divulgada acerca de la enfermedad y de los posibles tratamientos, y manipular la información racionalmente de manera que permita hacer comparaciones y sopesar resultados (Morris & Heinssen, 2014).

Estos estándares están aceptados en el ámbito legal, y progresivamente se aplican en el ámbito de la investigación, si bien no están formalmente aplicados en la práctica clínica de la salud mental (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zinermon Screen, 1996).

Para la identificación de posibles factores de riesgo relacionados con la merma de la capacidad decisional, se analizan variaciones individuales en las habilidades relacionadas con la asimilación de la información del consentimiento informado mediante la aplicación de pruebas que exploran factores de riesgo cognitivos o relacionados con la mala aprehensión, para posteriormente facilitar que los pacientes vulnerables adquieran un adecuado nivel de comprensión (Wirshing, Wirshing, Marder,

Lieberman, & Mintz, 1998; Carpenter, et al., 2000; Palmer, Savla, Roesch, & Jeste, 2013). También son de relevancia la objetivación y medición de otros aspectos relacionados con la capacidad decisional, concretamente el razonamiento y la apreciación (Dunn & Jeste, Enhancing Informed Consent for Research and Treatment, 2001).

Tal y como se explicitó anteriormente, son pocos los estudios rigurosos de validación que pongan a disposición de los clínicos herramientas que permitan evaluar la capacidad de los pacientes para consentir indicaciones terapéuticas en el ámbito de la salud mental y, concretamente, en la coyuntura clínica de evaluación de la capacidad de un paciente en el proceso de internamiento en una institución psiquiátrica hospitalaria (Appelbaum, Appelbaum, & Grisso, 1998).

El uso del internamiento no consentido en instituciones psiquiátricas ha sido intensamente debatido en las últimas décadas por profesionales de la salud mental, pacientes, organizaciones humanitarias y relacionadas con la salud mental, profesionales del derecho y políticos. Uno de los objetivos es el análisis del proceso por el que un individuo con un trastorno psíquico ingresa de forma involuntaria en una institución de salud mental y el impacto que esta indicación facultativa tiene en el paciente.

Basándose en teorías de la psicología de la elección y argumentando que “*las personas que eligen hacer algo lo hacen de forma más eficaz y con mayor motivación*”, son numerosas las investigaciones que al evaluar el proceso de internamiento involuntario señalan que los pacientes que aceptan el tratamiento, y por ende, lo identifican como reflejo de su propia elección, lo perciben como menos coercitivo, más respetuoso, justo y digno. Además, se ha evidenciado que se reduce la percepción de

amenaza o de sentirse forzado dentro de la institución sanitaria por los profesionales de la salud mental. Todo ello deriva en mayor cooperación durante el proceso terapéutico y en mayor beneficio (Cascardi & Poythress, 1997; Hoge, et al., 1997). Una de las alternativas para reducir la percepción de coerción y aumentar el potencial terapéutico del proceso de compromiso es el uso de directrices anticipadas en salud mental (La Fond & Srebnik, 2002).

La prevalencia de internamiento y tratamiento psiquiátrico involuntario en personas con enfermedades mentales reflejan las características del sistema de salud nacional, de la legislación relativa y otros marcos legales. Los estudios europeos sobre el uso de internamiento involuntario muestran una gran variabilidad en las tasas de 6 (en Portugal) a 218 (en Finlandia) por cada 100.000 habitantes por año (Salize, Dressing, & Peitz, Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States., 2002).

Tabla 21. *Internamientos involuntarios en Andalucía (17% población española)*

Nº total de ingresos involuntarios en 1990		2,364	
Nº total de ingresos involuntarios en 2000		2,224	
2000	Proporción de ingresos involuntarios/ingresos totales		43% (23-92%)
	Proporción género	Hombres	66.8%
	Diagnóstico	Esquizofrenia	42.9% (29-53%)
	Estancia media en días		19.75 (13-24)

En España, según datos procedentes de la Comunidad de Andalucía extensibles al estado nacional, la prevalencia estudiada de ingreso no consentido es de un 43% de

acuerdo con el Informe realizado en la Unión Europea que analiza el internamiento involuntario en los distintos estados miembros. Para proceder al mismo es necesario, en primer lugar, el asesoramiento de un psiquiatra para la admisión del paciente, y consecutivamente, la autorización de la institución judicial que revisa la recomendación sanitaria como garante del respeto a los derechos de la persona, entre ellos el derecho a la libertad y la autonomía. Estas intervenciones sobre el paciente están supeditadas a la responsabilidad profesional, ética y legal del psiquiatra.

Son numerosos los variables decisivas en la indicación terapéutica de ingreso involuntario, incluidas culturales, legales, aptitudes generales sociales y profesionales, la estructura y calidad del sistema de salud (De Stefano & Ducci, 2008).

Se ha procedido al análisis de los factores vinculados al internamiento no voluntario psiquiátrico para confirmar correlaciones con factores sociodemográficos, tales como género, edad o estado civil, y con variables predictoras (Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012; Van der Post, et al., 2008) ⁽²⁸⁾. Si bien las leyes de todos los Estados miembros de la Unión Europea estipulan la necesidad de padecimiento de un trastorno mental, existen criterios adicionales heterogéneos (Dressing & Salize, 2004) ⁽²⁹⁾.

⁽²⁸⁾ Van der Post y colaboradores (2008) realizaron un estudio prospectivo (ASAP I) de dos años de seguimiento sobre los factores asociados con el internamiento involuntario en los servicios de urgencias psiquiátricas en Amsterdam, en base al modelo integral de cuatro grupos de predictores, la vulnerabilidad del paciente, el apoyo social, la capacidad de respuesta del sistema de salud y la adherencia al tratamiento. Se compararon los pacientes que precisaron ingreso involuntario versus ingreso voluntario en un estudio de diseño de casos y control, con un número total de paciente de 4600 que contactaron con el Servicio de Urgencias de Psiquiatría de Amsterdam (PESA), mayores de edad. En esta publicación se analizó una cohorte de 125 ingresos voluntarios versus involuntarios para analizar los factores específicos del paciente y del sistema de salud que puedan influir y reducir el internamiento involuntario.

⁽²⁹⁾ Dressing y Salize (2004) analizaron las diferencias y similitudes del marco legal relacionado con el

La obtención de escasos datos en los estudios realizados sobre los patrones de diagnóstico o las características socio-demográficas de los pacientes ingresados involuntariamente sugieren la necesidad de continuar con análisis exhaustivos (Riecher-Rössler & Rössler, 1993; Cougnard, et al., Factor influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis, 2004) ⁽³⁰⁾.

Una de las conclusiones hallada de forma reiterada en dichos análisis es que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son las entidades clínicas predominantes en aquellos países que fueron capaces de proporcionar una visión general de diagnóstico (Wheeler & Robinson, 2005) ⁽³¹⁾.

I. Cohorte de ingresos total

En un análisis comparativo se ha identificado un porcentaje de internamientos apreciablemente inferior con respecto a las tasas de ingresos no consentidos recogidas en otras publicaciones o informes, con un 11 % del actual trabajo de investigación

internamiento involuntario de los pacientes con enfermedad legal de quince Estados Miembros de la Unión Europea desde octubre de 2000 hasta enero de 2002. La información se obtuvo mediante un cuestionario detallado de ochenta ítems cumplimentado por los especialistas, que contenía información de la evaluación y toma de decisión de internamiento involuntario. Se confirmó la heterogeneidad de criterios clínicos adicionales al padecimiento de un trastorno mental y la diversidad de procedimientos legales.

⁽³⁰⁾ Cougnard y colaboradores (2004) realizaron un estudio para analizar los factores sociodemográficos, clínicos y del sistema de salud relacionados con el internamiento involuntario en 86 pacientes con diagnóstico de psicosis temprana reclutados de dos hospitales del Suroeste de Francia. Concluyeron que el 61,6% fueron ingresados involuntariamente, el valor predictor de los hombres (OR ajustada = 3,2, IC 95% 1,2-8,6, p=0,02), el predominio del diagnóstico de esquizofrenia (OR ajustada = 2,8, IC 95%: 1,02 - 7,4, p = 0,04) y la ausencia de síntomas depresivos o de ansiedad (OR ajustada = 0,05; IC del 95% 0,005 - 0,5, p = 0,01).

⁽³¹⁾ Wheeler y colaboradores (2005) realizaron un estudio retrospectivo para evaluación de variables demográficas y diagnósticas en pacientes admitidos en tres unidades de psiquiatría de Auckland, Nueva Zelanda, en el año natural 2000. Se procedió a la revisión de 1232 ingresos hospitalarios, de los cuales el 62 % fue involuntario, con una tasa diagnóstico de esquizofrenia de 38%.

versus un 18% (Van der Post, Mulder, Bernardt, Schoevers, Beekman, & Dekker, 2009)⁽³²⁾, un 43 % (Salize, Dressing, & Peitz, Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States., 2002), un 44 % (Hustoft, Larsen, Bjorn, Joa, & Johannessen, 2013)⁽³³⁾ o un 62 % (Wheeler & Robinson, 2005).

A continuación, se procederá a la valoración comparativa de las distintas variables analizadas en este trabajo de investigación, concretamente edad, género, categoría diagnóstica y días de ingreso.

Variable edad

En la cohorte global la edad media de ingreso ha sido de 47,54 (mediana 45 y desviación típica 16,36), edad superior a la encontrada en algunos estudios en los que se recoge una media de 32 años (mediana 29,2) (Deraas, Hansen, Giaever, & Olstad, 2006)⁽³⁴⁾, 34 años (Wheeler & Robinson, 2005), 36,7 años (desviación típica 12)

⁽³²⁾ Van der Post y colaboradores (2009) analizaron en el estudio prospectivo (ASAP-I) factores relacionados con el sistema de salud y el ingreso involuntario. Reclutaron una cohorte de 1970 pacientes y se evidenció un bajo riesgo de ingreso involuntario en aquellos que habían tenido seguimiento ambulatorio en el año anterior con más de 14 citaciones programadas (OR=0,3) y mayor riesgo de ingreso si en los 5 años previos habían ya precisado internamiento no consentido (OR=3,7). Se concluyó que el tratamiento ambulatorio podía ayudar a prevenir el internamiento involuntario.

⁽³³⁾ Hustoft y colaboradores (2013) realizaron un estudio multicéntrico de hospitalizaciones involuntarias en veinte Unidades de Agudos de Psiquiatría en Noruega, analizando información del 75 % de admisiones psiquiátricas en los años 2005 y 2006, para el análisis de factores predictores. Se analizaron los datos sociodemográficos registrados y datos clínicos resultantes de la administración de la GAF y la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). Se concluyó que el 56% de los pacientes eran voluntarios frente al 44% involuntarios. Se obtuvieron factores predictores de involuntariedad del ingreso tales como altas puntuaciones en agresividad, delirios y alucinaciones, residencia fuera del domicilio familiar y puntuación baja en la GAF. Se concluyó que los factores predictores de la hospitalización psiquiátrica fueron la gravedad de los síntomas, sexo masculino, consumo de sustancias psicoactivas, comportamiento agresivo, bajo nivel de funcionamiento social y escasa motivación.

⁽³⁴⁾ Deeras y colaboradores (2001) realizaron un estudio retrospectivo descriptivo para caracterizar los

(Opsal, Kristensen, Ruud, Larsen, Grawe, & Clausen, 2011) ⁽³⁵⁾, 36,8 (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen, 1996) o 36,4 (Torrison, 2007) ⁽³⁶⁾.

Esta edad media de 47,54 no resulta tan dispar con respecto a la objetivada en algunos otros trabajos europeos también centrados en el estudio de factores relacionados con el internamiento involuntario, con una edad media de 43,5 (Van der Post, Mulder, Bernardt, Schoevers, Beekman, & Dekker, 2009) o de 41,7 (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2009) ⁽³⁷⁾.

ingresos en Unidades de Agudos de Psiquiatría del Norte de Noruega y evaluar el grado de acuerdo entre los médicos de referencia y el médico especialista en aspectos relativos a la necesidad de hospitalización, la aplicación legislativa y la idoneidad diagnóstica. Se concluyó que el 76 % de ingresos estaban asociados con el diagnóstico trastorno psicótico e intentos autolíticos, una tasa de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas del 43 % y un 22 % de abandono del tratamiento psicofarmacológico. El 32 % permaneció ingresado menos de tres días y la estancia media fue de 6,5 días.

⁽³⁵⁾ Opsal y colaboradores (2011, estudio 1) realizaron un trabajo de análisis de la comorbilidad en pacientes hospitalizados en unidades de agudos por padecimiento de trastorno mental con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, parte de un estudio multicéntrico transversal nacional en el año 2005 y 2006. El 33,2 % (1187 sujetos) del total de la población (3506) presentaron comorbilidad por trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. De éstos, el 26% (310) precisó ingreso, de los cuales 216 fue voluntario versus los 94 involuntarios. Un 40 % presentó trastornos del humor o múltiples trastornos mentales y un 47 % el diagnóstico esquizofrenia. Confirmaron un aumento del riesgo de internamiento involuntario por el factor predictor trastorno mental orgánico con una OR = 2,3.

⁽³⁶⁾ Torrison (2007) realizó un estudio para evaluar factores involucrados en el internamiento involuntario. Para ello reclutó una muestra de 104 pacientes en los seis primeros meses del año 2005 procedentes de un ingreso en una Unidad de Agudos de Psiquiatría. Se objetivó que el 47 % ingresaron de forma involuntaria con posterior cambio a régimen voluntario en las primera 24 horas del 45%.

⁽³⁷⁾ Iversen y colaboradores (2009) participaron en un estudio realizado en los países nórdicos en el que se analizó el concepto de la coerción en el sistema de salud público. En su trabajo de investigación examinaron el internamiento involuntario en cuatro hospitales psiquiátricos diferentes de Noruega desde octubre de 1997 hasta noviembre de 1998, país con uno de los índices más altos en ingresos involuntarios. Evaluaron 2043 admisiones, el período del tratamiento y la duración de la privación de libertad. Se evidenció una tasa de incidencia global para el internamiento involuntario de entre 259 y 186 por cada 100.000 adultos / año.

La edad media de la cohorte de ingreso involuntario ha resultado de 45,9 años (desviación típica 17,49) frente a la edad media 41,8 (desviación típica 15,9) (Van der Post, Mulder, Bernardt, Schoevers, Beekman, & Dekker, 2009), la edad media 40,4 (desviación típica 16,8) (Hustoft, Larsen, Bjorn, Joa, & Johannessen, 2013), o la edad media 34,4 (desviación típica 11,9) (Opsal, Kristensen, Ruud, Larsen, Grawe, & Clausen, 2011), o la edad promedio 35,2 de otros trabajos revisados (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen, 1996). De nuevo, se aprecian edades superiores a las recogidas en la mayoría de estudios.

Variable género

En la cohorte global de ingresos se reproduce el predominio de población femenina frente a la masculina (Craw & Compton, 2006), dato que se diferencia del recogido en algunos estudios en los que el 55% son varones (Deraas, Hansen, Giaever, & Olstad, 2006; Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen, 1996) ⁽³⁸⁾.

Este porcentaje no se mantiene cuando procedemos al examen de la variable género en los ingresos no consentidos, con predominio de población masculina frente a la femenina, concretamente un 54 % versus un 46 %. Este valor porcentual es similar al hallado en otros estudios, por ejemplo el 53,9 % de hombres (Hustoft, Larsen, Bjorn,

⁽³⁸⁾ Poythress y colaboradores (1996) realizaron un estudio para evaluar la habilidad de las personas con enfermedad mental de entender la información divulgada en el consentimiento informado mediante el uso de medidas que reflejaban el modelo de capacidad de consentirla. Se examinó a una muestra de 120 pacientes ingresados en una Unidad de Agudos de Florida durante las primeras 72 horas de internamiento, 60 de ellos involuntarios y 60 voluntarios. Se analizaron factores sociodemográficos, clínicos, diagnósticos y mediciones de capacidad de consentir. Se confirmó que el uso de la tarea de reconocimiento y el formato de recuerdo mejoraba la capacidad de los pacientes para entender la información divulgada en el consentimiento informado.

Joa, & Johannessen, 2013) o el 66% obtenido en el Informe Europeo, en el que se examina los internamientos involuntarios de los enfermos mentales en los distintos países miembros de la Unión Europea (Salize, Dressing, & Peitz, Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States., 2002).

Estas diferencias porcentuales pueden estar fundamentadas en la diversidad de criterios para el internamiento involuntario de los distintos países participantes, según que el criterio predominante de hospitalización sea la “peligrosidad” o el criterio predominante de ingreso sea la “necesidad de tratamiento”. Son numerosos los estudios que confirman que la percepción de peligrosidad está más acentuada en la población masculina con respecto a la población femenina (Salize & Dressing, Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, 2004).

Variable días de ingreso

En relación al análisis de la variable días de ingreso en la cohorte del actual trabajo de investigación, se ha identificado una apreciable diferencia entre el número de días de ingreso voluntario comparados con el número de días de ingreso involuntario. Se ha encontrado una estancia media de 18,27, con una desviación típica de 19,72, en la cohorte de ingresos consentidos, frente la cohorte de ingreso no consentidos, en la que la estancia media en días de 30,49, con una desviación típica de 18,25.

El promedio de días de ingreso involuntario es apreciablemente superior al objetivado en la comunidad autónoma de Andalucía según Informe Europeo que data del año 2000, con una media de 19,75 días (Salize, Dressing, & Peitz, Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice

in EU-Member States., 2002), o una media 23,4 días que se recogen en otros estudios europeos recientes (Torrissen, 2007). Aún así, la media de 30,49 es un valor incluido en el intervalo entre 22,5 (media de días de observación involuntaria) y 39,5 (ingreso involuntario prolongado), datos recogidos del trabajo noruego de Iversen y colaboradores (2009).

El grupo diagnóstico que tiene una estancia media más alta es el que corresponde al de los trastornos psicóticos, con una mediana de 23,72 (desviación típica 22,12), seguido del grupo de trastorno de personalidad con una media de 22,4 (desviación típica 40,43), el trastorno mental orgánico con una media de 19,57 (desviación típica 19,19) y el trastorno del humor con una media de 19,16 (con una desviación típica de 14,99).

Variable categoría diagnóstica

En la cohorte total, se recoge un bajo porcentaje de ingresos hospitalarios con diagnóstico al alta de trastornos psicóticos, ya sea esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otros trastornos psicóticos, correspondiente a un 14 % de la frecuencia relativa en relación con el total de admisiones en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor en el año 2013. En cambio, la frecuencia relativa de admisiones y diagnósticos al alta de trastornos afectivos, que incluye trastorno bipolar, trastornos depresivos y otros trastornos del humor, es de un 50 % de la cohorte global. Le sigue en frecuencia el 18 % de trastornos neuróticos y un 9% de diagnóstico al alta de trastorno de personalidad. Los trastornos mentales orgánicos y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas suponen un 3% cada uno de ellos del total de ingresos.

En relación al grupo diagnóstico de trastorno esquizofrénico y otros trastornos psicóticos, la frecuencia relativa es baja con respecto a otros estudios con una proporción del 33 % (Lachar, et al., 2001)⁽³⁹⁾, del 45 % (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen, 1996) o del 47 % (Wheeler & Robinson, 2005).

En cambio, la frecuencia de trastornos del humor se equipara a otros trabajos, en los que se recoge un 40 % (Wheeler & Robinson, 2005; Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen., 1996), mientras supera notablemente el valor porcentual de otros que tienen un 30 % (Torrissen, 2007) o un 26,3 % (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2009).

En el actual trabajo de investigación la proporción de diagnóstico al alta de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas es baja, comparativamente con otros estudios en los que se recoge un 27% de tasa de comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (Wheeler & Robinson, 2005; Sorgaard, Rezvy, Bugdanov, Sorlie, & Bratlid, 2013). La prevalencia de abuso de sustancias entre los pacientes con trastorno mental grave admitidos en una unidad de psiquiatría varía entre rangos porcentuales comprendidos entre un 24,4 % y un 70 % (Flovig, Vaaler, & Morken, 2009; Helseth, Lykke-Enger, Johnsen, & Waal, 2009; Opsal, Clausen, Kristensen, Elvik, Joa, & Larsen, 2011; Mueser, Yarnold,

⁽³⁹⁾ Lachar y colaboradores (2001) realizaron un estudio para evaluar la capacidad de la BPRS expandida para describir la psicopatología de 2921 pacientes atendidos en una Unidad de Psiquiatría de Agudos del sector público de Texas durante seis meses. Se procedió al análisis factorial exploratorio para la construcción de cuatro subescalas que no se superponían: resistencia, síntomas positivos, síntomas negativos y malestar psicológico. De esta muestra, un 33 % tenía el diagnóstico de esquizofrenia, un 20% de trastorno bipolar y un 15 % de trastorno depresivo mayor.

Rosenberg, Swett, Miles, & Hill, 2000; Larsen, et al., 2006; Lachar, et al., 2001) ⁽⁴⁰⁾. La prevalencia tan baja de trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de sustancias psicoactivas en la cohorte de ingresos globales puede estar en relación con la ausencia de cobertura sanitaria con aseguradora privada.

En relación a la tasa de ingreso de pacientes afectos con trastorno de personalidad, se obtienen datos equiparables a los recogidos en algunos otros estudios (Torrison, 2007).

Al analizar los diagnósticos psiquiátricos según criterios CIE 10 en la cohorte de ingresos no consentidos, se objetiva que el trastorno mental más frecuente es la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con una frecuencia relativa en porcentaje del 38 %, que son cifras aproximadas a las tasas recogidas en otros estudios (Salize, Dressing, & Peitz, Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States., 2002), con un 48 % (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen, 1996; Cascardi & Poythress, 1997), con un 37,4 % (Salize & Dressing, Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, 2004) o con un 34,7 % (Torrison, 2007).

La segunda categoría diagnóstica más frecuente es la de trastornos afectivos, con un 33 % en total, diferenciado en trastorno bipolar con un 19 % y trastornos depresivos

⁽⁴⁰⁾ Opsal y colaboradores (2011, estudio 2) investigaron la influencia en el tratamiento e ingresos hospitalarios involuntarios del abuso de sustancias psicoactivas en pacientes afectos de un primer episodio psicótico. Se reclutó una muestra de ciento tres pacientes dentro del programa integral de psicosis temprana de dos años de duración. Se entrevistó a los pacientes con la SCID (Entrevista Clínica Estructurada para trastornos de personalidad), se administró la PANNS, GAF y la escala Clinical Rating Scale (por abuso de sustancias). Se obtuvieron resultados de que un 24 % de pacientes abusaron de sustancias psicoactivas, sin reducción en los dos años de seguimiento, precisando un 72 % de los consumidores y un 31 de los no consumidores ingreso involuntario psiquiátrico (OR = 5,2).

y otros trastornos del humor, con un 14 %. Estos datos se corresponden con los recogidos en otras publicaciones (Salize & Dressing, *Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union*, 2004), con un 26,3 % (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2009), 37,8 % (Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012) ⁽⁴¹⁾ o con un 40 % (Cascardi & Poythress, 1997; Wheeler & Robinson, 2005).

Debe destacarse que en este trabajo de investigación no se ha encontrado ningún ingreso involuntario asociado al diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas ⁽⁴²⁾. Este dato se contradice con varios estudios revisados (Flovig, Vaaler, & Morken, 2009) ⁽⁴³⁾, con un 7,5 % de ingresos (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2009), o un 26,6 %, publicación en la que no se diferencia entre abuso o dependencia (Hustoft, Larsen, Bjorn, Joa, & Johannessen, 2013), o incluso tasas de internamientos superiores (Cougnard, et al., *Factor influencing*

⁽⁴¹⁾ Mandarelli y colaboradores (2012) realizaron un estudio en el que evaluaron la relación de la capacidad decisional con las funciones ejecutivas. Para ello reclutaron una muestra de 45 pacientes que precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátrica del Hospital General Umberto I en Roma entre enero de 2010 y julio del mismo año. Utilizaron como instrumentos de medida la MacCAT-T, MMSE, WCST (Wisconsin Card Sorting Test) y la BPRS. Concluyeron que la capacidad de consentir el tratamiento estaba asociado a las funciones ejecutivas.

⁽⁴²⁾ En el estudio de Rosenfeld y Wall (1998) se recogen datos de que los individuos afectados de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas fueron significativamente menos propensos a ser considerados incapaces (aunque estas variables no fueron significativas cuando se incluye en los modelos multivariable).

⁽⁴³⁾ Flovig y colaboradores (2009) realizaron un estudio para identificar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en pacientes ingresados en una Unidad de Agudos de Psiquiatría (incluido benzodicepinas). Se reclutó una muestra de 227 admisiones desde octubre de 2001 hasta febrero de 2002 en el Hospital Psiquiátrico de Ostmarka en Noruega. Se entrevistó a los pacientes y se administraron las escalas ASI (Addiction Severity Index), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test); además se realizó un análisis de orina con el método de cromatografía líquida con espectrometría de masas (LC-MS). Se observó que en el 81,9 % de los pacientes consumió alguna sustancia (alcohol, las drogas, las benzodiacepinas, hipnóticos, opiáceos o estimulantes) y que el 31,7% de los ingresos (49,5% de los hombres y el 16,4% de las mujeres) presentaba un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis, 2004). Se ha recogido que un 72 % de la población consumidora ha precisado al menos un ingreso hospitalario involuntario (Opsal, Clausen, Kristensen, Elvik, Joa, & Larsen, 2011).

En cuanto al diagnóstico de trastorno mental orgánico, con un valor porcentual de un 7%, se asemeja al valor reconocido en otros trabajos (Torrissen, 2007).

En el caso del diagnóstico al alta hospitalaria de trastorno de personalidad, se obtiene un porcentaje bajo (3 %) con respecto a otros estudios que presentan un 14,3 % (Torrissen, 2007), un 15 % (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012)⁽⁴⁴⁾ o un 15,1 % (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2009). El trastorno neurótico es una entidad clínica poco susceptible de ingreso hospitalario, si bien en el actual trabajo de investigación ha supuesto el 18 % de los internamientos totales (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2009).

Han sido tres los pacientes que han precisado ingreso hospitalario por síntomas derivados del padecimiento de retraso mental y un 2% la tasa de otras entidades diagnósticas (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2009).

⁽⁴⁴⁾ Montemagni y colaboradores (2012) realizaron un estudio para analizar la relación entre los diagnósticos y el internamiento involuntario, procediendo al estudio de una cohorte de 848 pacientes procedentes del Servicio de Urgencias Psiquiátricas en un período de dos años, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008. Se examinaron variables socio-demográficas, antecedentes psiquiátricos y síntomas psiquiátricos. Se encontró una correlación negativa destacable entre el ingreso involuntario y antecedentes de intentos de suicidio previos y también las altas puntuaciones de la dimensión ansiedad-depresión de la escala BPRS; se ha objetivado correlación positiva con las puntuaciones elevadas de la dimensión hostilidad-susplicacia.

II. Cohorte de ingresos no consentidos

Tal y como se ha reseñado en este trabajo, la capacidad para consentir tratamiento es definida como un constructo multidimensional que abarca cuatro habilidades, entendimiento, razonamiento lógico, apreciación y expresión de una elección, que pueden estar diferencialmente deterioradas dependiendo del tipo y curso del trastorno mental. Es por ello que son numerosos los estudios que han intentado evaluar los síntomas psiquiátricos o alteraciones psicopatológicas relacionadas con las habilidades psicoleales vinculadas con la capacidad de obrar. Para la exploración de las alteraciones psicopatológicas fuertemente vinculadas con la merma de la capacidad decisional, se han aplicado numerosas escalas, que no sólo exploran síntomas psiquiátricos, sino también deterioro cognitivo y deterioro en las funciones ejecutivas.

Una de las entidades clínicas más frecuentemente asociadas al deterioro de capacidad decisional es el trastorno psicótico, y concretamente, el trastorno esquizofrénico. Tal y como se ha nominado anteriormente, la escala BPRS se utiliza para la filiación de los síntomas psicóticos, su gravedad y la evolución de los mismos en una dimensión longitudinal. Por tanto, es razonable que la escala BPRS sea uno de los instrumentos más frecuentemente utilizados para explorar cualitativa y cuantitativamente las alteraciones psicopatológicas asociadas al deterioro de la capacidad de obrar (Yung, et al., *Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group.*, 2003; Yung, Phillips, Yuen, & McGorry, *Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features.*, 2004).

Contextualización

En el análisis comparativo del actual trabajo de investigación con otros trabajos que versan sobre la merma de la capacidad de obrar y los síntomas psiquiátricos asociados, se han seleccionado cuatro estudios, en los que se ha medurado la merma de las habilidades constituyentes de la capacidad decisional junto con las alteraciones psicopatológicas objetivadas con la escala BPRS. Se ha procedido a la contrastación de las puntuaciones tanto en la escala global como en las cuatro dimensiones seleccionadas para confirmar homogeneidad de los datos extraídos en el actual estudio.

La severidad de los síntomas psiquiátricos de la cohorte analizada psicopatológicamente está representada con una puntuación total de 55,38 (desviación típica de 7,43), incluida en un intervalo de confianza del 95% con valores entre 40,82 y 69,94, que supone un peso relativo del 24,42% del total de los datos comparados.

En este examen comparativo de la puntuación global, uno de los trabajos seleccionados es el de Grisso y colaboradores (1995). Se reclutó una muestra de 279 participantes afectados de esquizofrenia (75 individuos), depresión (92 sujetos) y angina de pecho (82 pacientes), ingresados en unidades hospitalarias y en ámbito comunitario de tres ciudades (Wostercer, Kansas City y Pittsburgh). Se procedió a la evaluación de las tres habilidades relacionadas con la capacidad de obrar. En los pacientes afectados de trastorno mental se evidenciaron limitaciones en la habilidad de entendimiento del tratamiento divulgado, empeoramiento del razonamiento en relación con la opción terapéutica y merma de la apreciación de su enfermedad o del beneficio potencial del tratamiento. Este análisis implica un peso de 18,87 % de todos los estudios, con una media de 38,61 en la puntuación total, con un intervalo de confianza del 95% entre

22.04 y 55.17 (Grisso & Appelbaum, The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments, 1995).

Otros dos trabajos utilizados para explorar la homogeneidad de los datos son los realizados por Hoge y colaboradores (1997). Un primer estudio de Hoge, Bonnie y otros (1997a), en el que se reclutaron a 366 sujetos varones involucrados en un proceso judicial, de entre 18 y 65 años, habiendo sido excluidos pacientes afectos de retraso mental y trastorno orgánico. Se procedió al análisis de la capacidad del paciente para ser juzgado mediante la administración de la MacSAC-CD (MacArthur Structured Assessment of Competencies of Criminal Defendants) y se administraron otras herramientas clínicas tales como la BPRS y Verbal Cognitive Functioning (VCF). Se concluyó la incapacidad de 159 sujetos, desglosados en dos muestras. Ha significado un 23,34 % del peso del análisis comparativo, con una media de la puntuación total BPRS de 37,02, con un intervalo de confianza del 95% comprendido entre 22,12 y 51,92 (Hoge, Bonnie, Poythress, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997).

Un segundo estudio de Hoge, Poythress y otros (1997b), en el que se reclutó una muestra de 247 sujetos, con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno afectivo, considerados incapaces en tanto se asoció la merma de la capacidad de obrar con la alteración del estado mental subsecuente de los síntomas psiquiátricos. Ha denotado un peso de 19,99 %, con una puntuación media de 38,07, con un intervalo de confianza del 95 % comprendido entre 21,97 y 54,16 (Hoge, Poythress, Bonnie, Monahan, Eisenberg, & Feucht-Haviar, 1997).

El trabajo de Otto y colaboradores (1998), realizado con una muestra de 283 sujetos admitidos en una unidad de psiquiatría forense tras haber sido considerados incapaces y por ende, no poder ser juzgados, en seis estados de Estados Unidos

(Washington, Louisiana, Oklahoma, South Carolina, Wisconsin y Utah). Se evaluaron las propiedades psicométricas de la MacCAT-CA, además de administrar el WAIS-R, BPRS y MMPI-2 escala psicoticismo. En la realización del forest plot, este estudio tiene un peso del 13,37 %, con una media de 38,80, con un intervalo de confianza del 95% entre 19,12 y 58,48 (Otto, et al., 1998).

A pesar de la gravedad de los síntomas psiquiátricos de los pacientes que precisaron ingreso involuntario con respecto a los trabajos analizados, se confirma mediante análisis estadístico la homogeneidad de los datos recogidos.

Para el análisis de los cuatro factores, se ha seleccionado los dos estudios ya descritos de Hoge y colaboradores (1997), el trabajo ya detallado de Otto y colaboradores (1998), y un cuarto trabajo de Jacobs y colaboradores ya mentado en el actual trabajo de investigación (2008) (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS. , 2008) ⁽⁴⁵⁾.

La media de la dimensión psicoticismo de la cohorte de ingresos no consentidos ha sido de 9,99 (IC 2.54, 17.44; peso 13,9), una vez más superior a las medias de los otros cuatro estudios comparados (6.60, 6.41, 6.20, 7.55). La media global obtenida de todos los trabajos es de 7,08 (4.31, 9.86), que se aleja 0,13 en el límite superior del intervalo de confianza.

⁽⁴⁵⁾ Jacobs y colaboradores (2008) analizaron la correlación entre síntomas psiquiátricos y capacidad decisional de dos muestras, una de 100 sujetos y otra de 77 sujetos reclutados de unidades psiquiátricas forenses que presentaron merma de la capacidad de obrar, y por tanto, capacidad para ser juzgados (BPRS y la MacCAT-CA).

En el factor hostilidad los pacientes con merma de consentir ingreso han obtenido una media de 11,24 (IC 3.40, 19.08; peso 10,43), apreciablemente superior a la media del factor hostilidad de los otros cuatro estudios examinados (6,58; 6,28; 5,50; 6,74), excluida de nuevo del límite superior del intervalo de confianza del 95 % del resultado global con una media de 6,74 (IC 4.21, 9.27).

El posible aumento de la muestra seleccionada probablemente facilitaría la homogeneización de los datos en ambas dimensiones, en las que las puntuaciones han sido elevadas.

Los síntomas depresivos en la cohorte de ingresos involuntarios obtuvieron una media de puntuación de 10,41 (IC 3.67, 17.15; peso 18,53), de nuevo superior a las otras medias en la presente dimensión (7,58; 8,84; 6,50; 8,20), aunque en esta ocasión incluida en el intervalo de confianza subtotal (IC 5.31, 11.11) con una media de 8,21.

Como en el anterior factor, los síntomas de retraimiento puntuaron una media de 7,32 (IC 00.00, 15,16; peso 10,86), mayor a la de los otros cuatro estudios (5,89; 6,26; 5,0; 5,49) e incluida en el intervalo de confianza subtotal (3.32, 8.32) con una media 5,82.

Tras el análisis realizado se aprecia que los pacientes con merma de la capacidad de consentir ingreso hospitalario presentaron alteraciones psicopatológicas severas con puntuaciones en la escala BPRS superiores a las halladas en pacientes considerados incapaces para ser juzgados. Puede considerarse que el umbral de las habilidades en el ámbito judicial resulte distinto que el estimado en un ámbito clínico en el que se procede a la medida restrictiva de retención involuntaria para tratamiento. En base a la característica multidimensional y dinámica del constructo de la capacidad de obrar,

sería razonable hacer un análisis comparativo con muestras clínicas en las que la demanda funcional exclusiva sea la relativa a asistencia sanitaria.

Comparación análisis factorial

En el actual trabajo de investigación se ha realizado un análisis factorial de la BPRS 18 ítems del que se han extraído 4 ejes que ha proporcionado soporte a la estructura utilizada de cuatro factores y con la que se han analizado posibles correlaciones. Se ha ajustado el número a la composición de las dimensiones de la psicopatología medida por la BPRS (Lachar, et al., 2001).

Se ha comparado con otros estudios en distintas poblaciones en los que también se ha procedido al análisis factorial de la BPRS en sus distintas versiones, como el trabajo de Jacobs y colaboradores (2008) ⁽⁴⁶⁾ y el trabajo de Biancosino y colaboradores (2010) ⁽⁴⁷⁾, ambos modelos de cuatro dimensiones. Se han confirmado analogías destacables.

⁽⁴⁶⁾ El estudio de Jacobs y colaboradores (2008) se realizaron dos análisis factoriales de las dos escalas BPRS analizadas, la de 18 y 24 ítems. En la BPRS 18 ítems, se identificaron cuatro factores constituidos por 12 del total de los ítems, que han sido los referentes en el actual trabajo de investigación.

En relación con la escala de 24 ítems, se reveló una estructura de cinco dimensiones, que incluían todos los ítems analizados: psicoticismo, distorsión del pensamiento, retraimiento, depresión y manía (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008).

⁽⁴⁷⁾ El trabajo de Biancosino y colaboradores (2010) reclutó una muestra de 163 pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo (códigos F32 a F33), a los que se aplicó la escala BPRS de 18 ítems en dos momentos distintos separados por tres días. El objetivo fue analizar la estructura de los síntomas de la depresión unipolar utilizando escalas de psicopatología. Se procedió al análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Se extrajeron cuatro factores: apatía, disforia, depresión y psicoticismo (Biancosino, Picardi, Marmai, Biondi, & Grassi, 2010).

También se comparan con trabajos de investigación basados en modelos de cinco factores, los estudios de Zanello y colaboradores (2013) ⁽⁴⁸⁾ y el estudio de Burger y colaboradores (1997) ⁽⁴⁹⁾. En esta ocasión, se han observado diferencias apreciables cualitativas y cuantitativas en los ítems que conforman cada uno de los factores.

El *primer factor* extraído del análisis factorial realizado contiene los ítems aislamiento emocional, autodesprecio y sentimientos de culpabilidad, manierismos y conductas corporales extrañas, estado de ánimo depresivo, retraso motor y afecto aplanado. Este primer factor está correlacionado ($p < 0,05$) con el factor retraimiento obtenido en el estudio de Jacobs y colaboradores (2008).

En este factor destaca el ítem manierismo y posturas extrañas, que despunta en diagnósticos tales como el trastorno esquizofrénico (1,425) y trastorno depresivo (1,154). Zanello y colaboradores (2013) también destacaron este hallazgo psicopatológico en los diagnósticos reseñados e identificaron la dimensión apatía, que

⁽⁴⁸⁾ El trabajo de Zanello y colaboradores (2013) investigó la estructura factorial de la versión francesa de la escala BPRS 24 ítems, escala para medir la gravedad de la psicopatología, y examinó la sensibilidad para el cambio en una muestra de doscientos cuarenta pacientes ambulatorios con diagnóstico de depresión unipolar tratados en un Centro de Crisis de intervención. Se obtuvo un análisis factorial de seis factores, nominados "alteración del estado de ánimo", "distorsión de la realidad", "activación", "apatía", "desorganización" y "somatización". Los resultados sugirieron que la BPRS 24 ítems era un instrumento útil para medir la gravedad de los síntomas y el cambio en el estatus de los síntomas en los pacientes (Zanello, Berthoud, Ventura, & Merlo, 2013).

⁽⁴⁹⁾ El estudio de Burger y colaboradores (1997) investigó la estructura factorial de la BPRS expandida, de 24 ítems, en una muestra de ciento sesenta y cinco de enfermos mentales graves sin hogar o en riesgo de exclusión social. Se identificó cinco factores, compuestos por "pensamiento distorsionado" (que incluía grandiosidad, alucinaciones, contenido inusual del pensamiento y desorganización conceptual), "retraimiento" (incluía desorientación, afecto aplanado, aislamiento emocional y retraso motor), "ansiedad-depresión" (abarca los ítems de preocupaciones somáticas, ansiedad, depresión y sentimiento de culpabilidad), "hostilidad-susplicia" (comprende hostilidad, suspicacia y no cooperación) y "activación" (tensión, excitación, manierismos y posturas extravagantes) (Burger, Calsyn, Morse, Klinkenberg, & Trusty, 1997).

incluía los ítems afecto aplanado, retraimiento emocional, retraso motor y no cooperación.

En el análisis comparativo con el trabajo de Biancosino y colaboradores (2010), cabe destacar que el factor nominado “apatía” confirma la presencia de los ítems aislamiento emocional, afecto aplanado y retraso motor, que a su vez es equiparable al factor III del análisis factorial de Lachar y colaboradores (2001).

El *segundo factor* identificado en este trabajo está compuesto por los ítems de contenido inusual del pensamiento, suspicacia y conducta alucinatoria. Se ha establecido correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el factor psicoticismo del trabajo de Jacobs y colaboradores (2008).

Este factor es homologable al factor psicoticismo del trabajo de Biancosino y colaboradores (2010), cuya dimensión contiene los síntomas de aislamiento emocional, suspicacia y contenido inusual del pensamiento. En el examen comparativo con el trabajo de Zanello y colaboradores (2013), se compara con la dimensión distorsión de la realidad, conformada por contenido inusual del pensamiento, alucinaciones y suspicacia, que es idéntica a la extraída en el presente análisis factorial. En el estudio de Burger y colaboradores (1997), se extrajo la dimensión “síntomas positivos” o “trastorno del pensamiento”, que incluyó los ítems de grandiosidad, alucinaciones, contenido inusual del pensamiento, desorganización conceptual y comportamiento bizarro.

El ítem desorganización conceptual ha sido excluido del factor psicoticismo por la baja carga obtenida en el análisis factorial.

El *tercer factor* se compone de los ítems no cooperativo, tensión, hostilidad y excitación, que se correlaciona positivamente ($p < 0,05$) con la dimensión hostilidad de Jacobs y colaboradores (2008).

Se asemeja al factor I del análisis factorial de Lachar y colaboradores (2001), que contiene los ítems no cooperación, hostilidad, excitación y grandiosidad, siendo estos síntomas asociados a la exploración psicopatológica de los pacientes en fases residuales de esquizofrenia (Long & Brekke, 1999).

En la comparación con el trabajo de Biancosino y colaboradores (2010), se equipara con el factor “disforia”, que abarca los síntomas de preocupación somática, ansiedad, tensión, manierismos y posturas extrañas, hostilidad, no cooperación y excitación.

En cambio, en la comparación con el análisis factorial de la BPRS del trabajo de Zanello y colaboradores (2013), se vincula con dos factores, el factor “desorganización”, que abarca los síntomas de desorganización conceptual, comportamiento bizarro y desorientación, y con un “sexto factor” que contiene los ítems hostilidad, preocupaciones somáticas y manierismos y posturas extrañas. Estos dos factores, a su vez, han sido comparados con el ítems de disforia del trabajo de Biancosino.

El factor hostilidad-suspiciacia del trabajo de Burger y colaboradores (1997), que presenta los ítems de hostilidad, suspiciacia y no cooperación, es también homologable al tercer factor extraído en el actual trabajo de investigación.

El *cuarto factor* se constituye con los ítems de ánimo depresivo, ansiedad, autodesprecio y sentimientos de culpabilidad. Está correlacionado positivamente ($p <$

0,05) con el factor depresión del trabajo de investigación de Jacobs y colaboradores (2008). Este factor también es comparable al factor depresión del trabajo de Biancosino y colaboradores (2010), que contiene los ítems ansiedad, sentimientos de culpabilidad y autodesprecio, depresión y retraso motor.

En el trabajo de Zanello y colaboradores (2013) se recoge el factor alteración del estado de ánimo que incluye los ítems de suspicacia, ausencia de cooperación, depresión, ansiedad, suicidabilidad, negligencia, culpabilidad y tensión. El cuarto factor también presenta similitud con el factor ansiedad-depresión descrito en el trabajo de Burger y colaboradores (1997), que incluye los ítems preocupaciones somáticas, ansiedad, depresión, sentimiento de culpa y suicidabilidad.

Atendiendo a la variedad de estudios que intentan recoger el análisis factorial derivado de la aplicación de la escala BPRS en sus distintas versiones y con distinto número de ítems, Shafer realizó un meta-análisis de análisis factorial exploratorio de la escala BPRS para determinar el número y la composición de las dimensiones que se han hallado de forma consistente (Shafer, 2005) ⁽⁵⁰⁾. Se confirmó la solidez del modelo de cuatro factores en términos de sus características estructurales, lo que permitía deducir

⁽⁵⁰⁾ Se procedió a un meta-análisis de 26 estudios que realizaron el análisis factorial de la BPRS. La mayoría de los estudios utilizó la escala BPRS tradicional de 18 ítems BPRS (54%), si bien una proporción menor utilizó la BPRS de 16 ítems (19%) o la versión de 24 ítems ampliada (27%). El número total de participantes a través de los 26 estudios fue de 17.620. La muestra estaba compuesta por pacientes con trastorno esquizofrénico (46%) o población psiquiátrica mixta (42%), que engloban enfermos mentales sin hogar, tres muestras geriátricas (con demencia, esquizofrenia o diagnósticos mixtos, respectivamente), enfermos mentales ambulatorios, los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, pacientes con psicosis epiléptica, así como muestras generales hospitalarias y ambulatorias psiquiátricas.

El número de factores que se encontraron fue de tres a seis, aunque la mayoría recogió un modelo de cuatro factores (62 %), de cinco factores (19 %) y de seis factores (15 %), estos últimos ya menos frecuentes.

la validez estructural de estas escalas para su uso generalizado en la práctica clínica y la investigación. A pesar de que el principal resultado fue la identificación de cuatro dimensiones en la escala de 18 ítems, se recomendaron cinco dimensiones en base a los resultados del meta-análisis.

En esta revisión destacó la dimensión activación, mejor definida en las muestras de pacientes con esquizofrenia y más pobremente definida en la muestra completa y de diagnósticos mixtos; se confirmaron las dimensiones ya consolidadas de afecto, síntomas positivos y síntoma negativos, con cargas factoriales para cada ítems elevadas, en su mayoría superiores a 0,80, y un quinto factor, el de resistencia, menos consolidado en los distintos análisis.

Las cinco dimensiones quedaron definidas por los siguientes síntomas: afecto (ansiedad, sentimientos de culpa, depresión y preocupación somática), equiparable al factor 4 del actual estudio; síntomas positivos (contenido inusual del pensamiento, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio y grandiosidad), semejante al factor 2 del actual trabajo; resistencia (hostilidad, falta de cooperación y suspicacia), próximo al factor 3 extraído; síntomas negativos (afecto aplanado, aislamiento emocional y retraso motor) y activación (excitación, tensión y manierismos-posturas extravagantes), que suman el factor 1 de este estudio.

De nuevo, podemos apreciar concordancia entre los datos resultantes del análisis factorial obtenidos en este estudio de investigación con los recogidos en el meta-análisis reseñado, en tanto que se confirman cuatro factores de los 18 ítems de la escala utilizada. Es importante destacar del análisis factorial extraído las bajas cargas factoriales de algunos ítems en los cuatro ejes hallados, sólo comparable a aquellos análisis en los que se han incluido todos los síntomas de la escala.

Síntomas psiquiátricos que menoscaban la capacidad de consentir ingreso

En el actual trabajo de investigación se han objetivado valores elevados tanto en la puntuación total de la BPRS como en la puntuación de cada uno de las dimensiones analizadas, hallazgos coherentes con los estudios en los que se analiza la exploración psicopatológica en pacientes que presentan deterioro de la capacidad de obrar y en los que se verifica una correlación negativa con la misma.

Los pacientes que han precisado ingreso involuntario han presentado una **puntuación total de la BPRS** elevada, concretamente 55,38. Estos valores se asemejan a los obtenidos en la exploración psicopatológica del estudio de Mandarelli y colaboradores, trabajo en el que se analiza la correlación entre el pobre funcionamiento ejecutivo con el menoscabo de la capacidad de obrar, y se obtuvo una media de 57 y una desviación típica de 13,6 (Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012).

En el examen diferenciado por género, resulta una puntuación de 56,60 (desviación típica 7,30) en el subconjunto de los hombres y una puntuación de 53,97 (desviación típica 7,43) en el subconjunto de mujeres, apreciándose una discreta disimilitud sin significación estadística.

A pesar de los numerosos estudios en los que se analiza la exploración psicopatológica mediante la BPRS de los pacientes que han precisado ingreso involuntario, no suelen encontrarse análisis diferenciados por género. Se ha recogido un trabajo en el que se analizan las diferencias según variable género, realizado por Cassano y colaboradores (2009), y en el que sí se confirma la similitud de las puntuaciones relativas a síntomas psiquiátricos en los dos grupos derivados de la

variable sexo. Debe reseñarse que la población reclutada representaba un único diagnóstico, trastorno depresivo unipolar (Cassano, et al., 2009).

La severidad de los síntomas es similar a la descrita en otros estudios, centrados también en la situación clínica de internamiento involuntario en unidades de psiquiatría. Los pacientes representados son aquellos afectados de un trastorno psicótico, presentando una puntuación total BPRS de 54,9 (+/- 13,2) (Huber, et al., 2012) ⁽⁵¹⁾.

En cambio, sí se aprecia diferencia con respecto a la gravedad sintomática de otras muestras, evaluadas en el contexto de ingreso involuntario, reclutadas en otros estudios en los que se recoge mayor diversidad diagnóstica (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimermon Screen, 1996; Lachar, et al., 2001).

Se han obtenido puntuaciones totales de la BPRS elevadas en todas las categorías diagnósticas, con un valor de 58,05 (+/-6,99) en el grupo diagnóstico de trastorno psicótico, 53,19 (+/- 7,45) en el grupo de trastorno del humor y 53,00 (+/- 4,95) en el grupo diagnóstico trastornos mental orgánico (Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012).

⁽⁵¹⁾ Huber y colaboradores (2012) realizaron un estudio retrospectivo para analizar el valor predictivo de las conductas agresivas y comportamiento suicida en el internamiento involuntario en paciente con síntomas compatibles con diagnóstico de trastorno psicótico. Se reclutó una muestra de 152 pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Hamburg-Eppendorf (UKE) desde el período de 1998 hasta el 2006. Fueron evaluados con la BPRS, PANSS y con medidas de evaluación neuropsicológica. En los resultados se confirmó que un 9% de pacientes presentó agresión grave y un 28% conducta suicida. En un análisis multivariado se objetivó que la agresión (BPRS-EC, $p = 0,001$), las tendencias suicidas (BPRS-CE, $p = 0,013$), la inteligencia general ($p = 0,016$) y la disfunción neuropsicológica ($p = 0,016$) eran predictores del internamiento involuntario. Se concluyó que la psicopatología y el funcionamiento neuropsicológico predicen de forma independiente el comportamiento peligroso en pacientes con diagnóstico de psicosis.

En relación al grupo diagnóstico de trastorno psicótico, son puntuaciones elevadas comparativamente con las puntuaciones obtenidas en otros estudios en los que se evalúa la severidad de los síntomas psicóticos sin que se explorase la capacidad de obrar (Haroun, Dunn, Haroun, & Cadenhead, 2006) ⁽⁵²⁾.

En el análisis comparativo de estas puntuaciones entre grupos diagnósticos, se confirma la superioridad estadística de los valores totales BPRS en el grupo trastorno psicótico con respecto a los del grupo de trastornos afectivos ($p < 0,05$), sin que se evidencien otras diferencias (Grisso & Appelbaum, The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments, 1995). Estos datos se contradicen con los hallados en el trabajo de Howe y colaboradores (2005) ⁽⁵³⁾.

La severidad de los síntomas psiquiátricos ha sido relacionada con el tiempo de estancia media en unidades de psiquiatría hospitalaria, si bien en el actual trabajo no se ha confirmado dicha correlación (Tunde-Ayinmode & Little, 2004). Mientras que en numerosos países de la Unión Europea existe un tiempo máximo de ingreso

⁽⁵²⁾ Haroun y colaboradores (2005) realizaron un estudio para analizar los factores de riesgo y protectores involucrados en el período prodrómico de los pacientes con esquizofrenia; concretamente se evaluó la tasa de conversión de una muestra de 50 pacientes participantes del Programa CARE (Cognitive Assessment and Risk Evaluation). Se identificaron factores de riesgo tales como el consumo de sustancias psicoactivas, síntomas afectivos y de ansiedad, síntomas de semiología psicótica y escaso seguimiento por los servicios de salud mental. La puntuación total de la BPRS en aquellos que desarrollaron un diagnóstico de psicosis (esquizofrenia) fue de 23,8 (+/- 2,6) (Haroun, Dunn, Haroun, & Cadenhead, 2006).

⁽⁵³⁾ Howe y colaboradores (2005) realizaron un estudio en el que investigaron la asociación entre la capacidad para dar su consentimiento informado, la sintomatología específica y la categoría diagnóstica. Reclutaron una muestra de ciento diez pacientes hospitalizados con diagnóstico (DSM IV) de esquizofrenia aguda ($n=64$), trastorno esquizoafectivo ($n=25$) y el trastorno afectivo bipolar ($n=21$). Se procedió a la evaluación clínica y de la capacidad mediante la PANSS y MacCAT-T. Los resultados hallados indicaron que no existía diferencia estadísticamente significativa en la capacidad de los tres grupos diagnósticos seleccionados (Howe, Fostier, Jenkins, Skene, Copolov, & Keks, 2005).

involuntario, países como Dinamarca, Francia, Portugal y España no tienen especificado limitación temporal (Dressing & Salize, 2004).

En relación al análisis de los factores de la BPRS, la puntuación promedio de los síntomas incluidos en el **factor psicoticismo** resultó elevada, concretamente 9,99 (+/- 3,8), considerada condición mental grave (Dressing & Salize, 2004). En el subconjunto de los hombres tuvo un valor de 10,14 (+/- 3,72) y en el subconjunto de las mujeres sumó 9,81 (+/- 3,93), sin que se hayan evidenciado diferencias estadísticamente significativas entre estas puntuaciones.

En el análisis descriptivo del factor psicoticismo según grupo diagnóstico, se han obtenido puntuaciones elevadas en el grupo de trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, con una media 11,85 (+/- 2,59), seguido de cerca por el grupo trastorno del humor, con una media de 10,5 (+/- 3,91), y con las puntuaciones más bajas pertenecientes al grupo trastorno mental orgánico, con una media de 6,40 (+/- 2,07). Como era de esperar, la severidad predominante de los síntomas psicóticos en los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico es estadísticamente superior a la gravedad de la semiología psicótica en pacientes con otros diagnósticos (Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz, & Appelbaum, 2008).

Cabe destacar la presencia de cinco pacientes afectos de trastorno depresivo con síntomas psicóticos (único o recurrente), un 20% del total de pacientes de la categoría diagnóstica trastornos del humor. Este dato es significativamente superior al encontrado en otros trabajos (Zanillo, Berthoud, Ventura, & Merlo, 2013).

El **factor hostilidad** presenta una media de 11,24 (+/- 4), siendo un valor elevado cuyo valor predictor ya ha sido discriminado como variable que frecuentemente está

asociada al internamiento involuntario. Los síntomas de hostilidad y suspicacia derivan en un nivel elevado de desconfianza y falta de cooperación, que precipitan escasa adherencia terapéutica. Por otra parte, existe un alto riesgo de alteraciones comportamentales, que están asociadas a la peligrosidad percibida por el facultativo evaluador (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012; Verdoux, et al., 2000; Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011).

De nuevo, en la comparación de la severidad de los síntomas según género, se obtienen puntuaciones en el subconjunto de hombres (media 11,43 +/- 4,04) y el subconjunto de mujeres (11,03 +/- 3,99) sin diferencias estadísticamente significativas.

En cambio, en el análisis de la dimensión hostilidad en función del grupo diagnóstico, se objetivan puntuaciones más elevadas en el grupo diagnóstico de trastorno esquizofrénico, con una media de 11,95 (+/- 3,90) (Huber, et al., 2012; Craw & Compton, 2006) ⁽⁵⁴⁾. Le sigue la puntuación media del grupo diagnóstico trastornos mentales orgánicos (10,20 +/- 2,77) y, en tercer lugar, la media del grupo diagnóstico trastornos del humor (9,92 +/- 4,45).

En el examen comparativo de estas puntuaciones, se confirma la severidad de los síntomas de hostilidad en la población afecta de trastorno psicótico frente a los pacientes diagnosticados de trastornos del humor ($p < 0,05$). En cambio, en el análisis estadístico comparativo de trastorno mentales orgánicos con las otras dos entidades diagnósticas, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas.

⁽⁵⁴⁾ En el artículo de Huber y colaboradores (2012) se analiza el valor predictor del factor excitación de la BPRS con el comportamiento suicida e internamiento involuntario de los pacientes con diagnóstico de psicosis. Este factor está compuesto por los ítems hostilidad, no cooperación y excitación, dos de los tres ítems que componen el factor hostilidad referente en este trabajo.

Estos resultados se han comparado con otros estudios en los que se analiza el factor hostilidad. Los estudios que evalúan la psicopatología del grupo trastornos del humor señalan puntuaciones elevadas en irritabilidad, que a su vez es identificativo de severidad y aumento de la prevalencia de síntomas de ansiedad en el trastorno depresivo mayor; sin embargo este hallazgo no se ha confirmado en la categoría diagnóstica de trastorno bipolar (Perlis, Brown, Baker, & Nierenberg, 2006; Perlis, Fava, Trivedi, Alpert, Luther, & Wisniewski, 2009; Kapfhammer, 2006).

Por otra parte, es también importante reseñar que se ha utilizado la versión de la escala BPRS de 18 ítems, que elude el factor manía recogido en la versión de 24 ítems. Esta distinción ha podido derivar en que no destaquen puntuaciones estadísticamente elevadas en el factor hostilidad del grupo trastornos afectivos (Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Gutkind, & Gilbert, 2000).

El *factor depresión* ha obtenido una puntuación media de 10,41 (+/- 3,44), con una mediana de 9,5. No se han identificado diferencias estadísticamente significativas entre el subconjunto de hombres (10,52 +/- 3,59) y el subconjunto de mujeres (10,28 +/- 3,29). Tampoco se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del factor depresión según las tres entidades diagnósticas analizadas.

De acuerdo con estudios revisados, la severidad de los síntomas depresivos en la cohorte analizada es equiparable a la de población de pacientes que han ingresado voluntariamente en un hospital y superior a la puntuación de aquellos que precisaron ingreso involuntario. Este dato es un correlato de la escasa influencia de los síntomas depresivos en la merma de la capacidad decisional, los cuales no han predominado sobre otros hallazgos psicopatológicos de la muestra analizada (Poythress, Cascardi, &

Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen, 1996).

Los síntomas depresivos y de ansiedad están menos asociados al riesgo de involuntariedad del ingreso, en tanto que los pacientes tienen conciencia de enfermedad, tienen capacidad para interpretar los síntomas, aceptar la necesidad de tratamiento y elaborar estrategias de afrontamiento ante la situación clínica en cuestión, características asociadas con una óptima adherencia terapéutica (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012; De Girolamo, Rucci, Gaddini, Picardi, & Santone, 2008).

El **factor retraining**, con una media de 7,32 (+/- 4) en puntuaciones globales, no presenta diferenciadas estadísticamente significativas según variable género ni categoría diagnóstica.

Análisis de preponderancia sintomática

La hipótesis del actual trabajo de investigación, de acuerdo con la literatura científica revisada, es que las alteraciones psicopatológicas recogidas en la exploración mental que predominantemente están vinculadas con la merma de la capacidad de consentir ingreso hospitalario son los síntomas psicóticos, identificados mediante el factor psicoticismo en la escala BPRS utilizada en este trabajo de investigación. Se ha procedido al análisis comparativo de estos factores que permita explorar un posible valor predictor de alguna de las dimensiones.

En la cohorte de ingresos no consentidos, se han objetivado puntuaciones inferiores ($p < 0,05$) del factor retraining con respecto al resto de factores, sin que se hayan confirmado diferencias estadísticamente significativas en el resto de grupos sintomáticos analizados, que han adquirido puntuaciones elevadas. La ausencia de

predominio de las puntuaciones del factor psicoticismo con respecto al resto de factores en la exploración psicopatológica de la cohorte de ingresos no consentidos, a pesar de que son numerosas las publicaciones en las que se afirma el impacto de la semiología psicótica en la capacidad decisional, hace pensar que no es una correlación fundamentada en puntuaciones absolutas, sino una influencia cualitativamente distinguida que merma las habilidades que constituyen la capacidad de obrar.

No obstante, el hecho de que ningún grupo sintomático sea predictor ineludible de la merma de la capacidad de consentir ingreso hospitalario, permite también aseverar que las alteraciones psicopatológicas son un factor sumatorio a las otras variables que menoscaban la capacidad decisional del paciente.

De acuerdo con publicaciones revisadas, la severidad de los síntomas psicóticos en la población considerada incapaz no es superior a la gravedad de los síntomas depresivos, medidas por instrumentos tales como la escala BPRS. A pesar de lo cual, el impacto que la semiología psicótica tiene en la capacidad de obrar es apreciablemente mayor que los síntomas del ánimo. De esta forma, la población ingresada involuntariamente tiene síntomas psicóticos más graves que los que han podido consentir el ingreso; y en cambio, la severidad de los síntomas depresivos no es mayor en la población considerada incapaz con respecto a la categorizada como capaz (Otto, et al., 1998; Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimermon Screen, 1996).

Los síntomas de hostilidad y suspicacia han sido identificados como un factor predictor de involuntariedad, por su utilidad predictiva de posible agresión verbal y otros comportamientos agresivos (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012). De hecho, la hostilidad es uno de los factores de riesgo más importantes y frecuentes de

ingreso no consentido, habiéndose llegado a confirmar la asociación estadísticamente significativa importante entre el comportamiento agresivo y el ingreso involuntario (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012; Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011; Abderhalden, Needham, Dassen, Halfens, Haug, & Fischer, 2008; Steinert, Wölflle, & Gebhardt, Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology, 2000).

El actual análisis comparativo de las dimensiones sintomáticas es extensible al examen diferenciado en dos subgrupos según la variable género. Esto no concuerda con algunos estudios, en los que se recogen datos de mayor agitación y hostilidad en el subconjunto de mujeres ingresadas involuntariamente con respecto a la población masculina (Opjordsmoen, et al., 2010).

Se ha procedido al análisis de las posibles preponderancias de las puntuaciones de los distintos factores subdivididos, esta vez, según categorías diagnósticas. En el grupo de *trastorno mental orgánico*, destaca el predominio de síntomas incluidos en los factores hostilidad y depresión con respecto a la dimensión psicótica ($p < 0,05$), si bien no se han objetivado diferencias estadísticamente significativas con el factor retraimiento. Tampoco se han encontrado correlaciones entre los distintos factores en este grupo.

Cabe destacar que son numerosos los estudios que evalúan el estado mental de pacientes con merma de la capacidad de consentir tratamiento mediante la administración de herramientas específicas que confirmen un posible deterioro cognitivo; se ha evidenciado deterioro en el conocimiento semántico, en la memoria verbal corto plazo y la capacidad de razonamiento sencillo (Earnst, Marson, & Harrell, 2000).

En el análisis de la categoría diagnóstica *trastorno esquizofrénico y otros trastornos psicóticos* (incluye trastornos esquizoafectivos), se hallan puntuaciones más elevadas de psicoticismo y hostilidad con respecto al factor depresión, y a su vez, estas tres dimensiones, con respecto al factor retraimiento ($p < 0,05$).

Son numerosos los estudios que confirman que síntomas tales como la suspicacia, hostilidad, y no cooperación, asociados a síntomas psicóticos, son factores predictores del internamiento involuntario (Opjordsmoen, et al., 2010; Nolan, et al., 2003; Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011; Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz, & Appelbaum, 2008; De Girolamo, Rucci, Gaddini, Picardi, & Santone, 2008; Kelly, et al., 2004).

En publicaciones recientes se señala que la depresión puede ser una variable importante en la determinación de experiencias potencialmente psicóticas y puede suponer un alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico (Yung, et al., 2007). Estudios en población comunitaria sugieren que las alteraciones afectivas en experiencias psicóticas son relevantes, en tanto que pueden precipitar que las experiencias psicóticas menores se transformen en un trastorno mental severo (ya sea trastorno bipolar, psicosis afectiva o esquizofrenia, por ejemplo), en función del grado de ansiedad, estrés y depresión y los procesos cognitivos asociados a estas alteraciones psicopatológicas, tales como la evaluación cognitiva negativa, desesperanza, deterioro atencional, ideas de culpa y autodesprecio (Escher, Romme, Buiks, Delespaul, & Van Os, 2002; Krabbendam, et al., 2005; Johnstone, Ebmeier, Miller, Owens, & Lawrie, 2005; Owens, Miller, Lawrie, & Johnstone, 2005; Yung, et al., Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group., 2003; Yung, Phillips, Yuen, & McGorry, Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and

clinical features., 2004; Iqbal, Birchwood, Chadwick, & Trower, 2000).

No se han objetivado correlaciones entre los distintos grupos sintomáticos en la categoría diagnóstica trastornos psicóticos.

En el grupo diagnóstico *trastornos afectivos*, que incluye trastornos bipolares, depresivos y otros trastorno del humor, se han encontrado puntuaciones superiores del factor hostilidad y depresión con respecto al factor retraimiento ($p < 0,05$), sin que se haya confirmado ninguna otra diferencia con significación estadística. Este dato ha sido objetivado en otros estudios (Zanello, Berthoud, Ventura, & Merlo, 2013; Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012).

Por otra parte, hay algunos trabajos en los que se concluye que los síntomas severos de depresión pueden ser un factor predictor de involuntariedad de ingreso (Way & Banks, 2001; Cougnard, et al., Factor influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis, 2004).

En la categoría diagnóstica del trastorno del humor sí se han hallado correlaciones entre los factores. Se ha encontrado una correlación negativa estadísticamente significativa entre el factor psicoticismo y depresión ($p < 0,05$), que se contradice con los datos obtenidos en otros estudios, en los que los síntomas psicóticos son reconocidos como parte de la estructura del trastorno depresivo unipolar y bipolar, incluidos ambos en la actual categoría diagnóstica (Biancosino, Picardi, Marmai, Biondi, & Grassi, 2010; Cassano, et al., 2009; Cassano, et al., 2004; Wood, Joyce, Miller, Mulder, & Kennedy, 2002; Goes, et al., 2007; Serretti, Lattuada, Cusin, Macciardi, & Smeraldi, 1998; McDermut, Haaga, & Bilek, 1997; Maj, Pirozzi, Magliano, Fiorillo, & Bartoli, 2007).

También se han confirmado dos correlaciones negativas del factor retraimiento, una correlación contundente con el factor depresión (-0,82), y otra cuanto menos destacable con el factor hostilidad (-0,55) ($p < 0,05$).

Se ha objetivado una última correlación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el factor depresión y hostilidad (0,46), lo cual estaría en relación con la asociación de los síntomas de irritabilidad y hostilidad característica de las depresiones atípicas, no confirmado en el espectro bipolar (Perlis, Fava, Trivedi, Alpert, Luther, & Wisniewski, 2009; Benazzi & Akiskal, Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state, 2005; Perlis, et al., 2005).

En relación a los dos sujetos afectos de retraso mental que precisaron ingreso involuntario, presentaron puntuaciones elevadas en la suma total de la BPRS (46 y 56) y en el factor hostilidad (13 y 12), puntuaciones dispares en el factor depresión (7 y 12), y valores bajos tanto en el factor psicoticismo (8 y 6) como en el factor retraimiento (5 y 7). Se ha confirmado una correlación entre las habilidades relacionadas con la capacidad de obrar y la inteligencia (Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012).

Correlaciones sintomáticas de la merma de la capacidad de consentir ingreso

Se ha procedido al análisis de las posibles correlaciones sintomáticas que puedan predecir un patrón psicopatológico en la exploración mental de los pacientes que presentan merma de la capacidad de consentir ingreso hospitalario.

Se ha objetivado la independencia del factor psicoticismo con respecto a los otros tres factores. Este dato es contradictorio con el análisis correlacional del estudio de Jacobs y colaboradores (2008). En base a ese examen se confirmó la correlación

positiva estadísticamente significativa entre el factor psicoticismo y el factor hostilidad, con un coeficiente de correlación de 0,73.

Por otra parte, destaca la ausencia de correlación de los síntomas psicóticos con la sintomatología afectiva, en tanto que ha sido confirmado la significación terapéutica y pronóstica del delirio en el episodio depresivo mayor en otras publicaciones (Maj, Pirozzi, Magliano, Fiorillo, & Bartoli, 2007).

Además, los síntomas psicóticos frecuentemente han estado correlacionados con los síntomas de hostilidad y agresividad como factores predictores de ingreso involuntario; este dato no ha podido ser confirmado en el actual trabajo de investigación (Hustoft, Larsen, Bjorn, Joa, & Johannessen, 2013).

En cuanto al resto de correlaciones, en las que no está implicado el factor psicoticismo, se ha confirmado una correlación negativa entre el factor hostilidad y retraimiento, con un coeficiente de correlación de Spearman de - 0,337 ($p < 0,05$); este hallazgo permite confirmar que pacientes con puntuaciones elevadas de hostilidad presentan bajas puntuaciones en retraimiento, dato que concuerda con el recogido en el trabajo de Jacobs y colaboradores, que también confirma una correlación negativa con un valor de $r = -0,04$.

Se ha confirmado también una correlación inversa entre el factor depresión y hostilidad, con un coeficiente de correlación - 0,269 ($p < 0,05$). Esta correlación es de sentido contrario al hallado en el estudio de Jacobs y colaboradores, en el que se objetivó una correlación positiva con una $r = 0,24$, o en otros estudios que identificaron la hostilidad como síntoma frecuentemente asociado a síntomas depresivos (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis

of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008; Zanello, Berthoud, Ventura, & Merlo, 2013).

En el análisis de correlación entre el factor depresión y retraimiento, se confirma una correlación lineal positiva entre ambos factores, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,423 ($p < 0,05$). Esto confirma que los pacientes de la cohorte de ingresos no consentidos que presentan elevadas puntuaciones de depresión también presentan elevadas puntuaciones de retraimiento; este dato concuerda con los hallazgos encontrados en el estudio de Jacobs y colaboradores, en el que la correlación entre el factor depresión y retraimiento es 0,40. Esta correlación es también confirmada en numerosos estudios en los que los síntomas de retraimiento psicomotor son identificativos de severidad en el episodio depresivo, y concretamente en la depresión melancólica (Cassano, et al., 2009; Benazzi, Psychomotor changes in melancholic and atypical depression: unipolar and bipolar-II subtypes, 2002).

En el análisis de las correlaciones entre los factores de la escala BPRS diferenciado por género, tanto en el subconjunto de los hombres como en el subconjunto de las mujeres, se ha confirmado la correlación positiva ($p < 0,05$) del factor depresión con el factor retraimiento (más fuerte en el subconjunto de las mujeres, con un coeficiente de correlación 0,55 versus el 0,33 en el subconjunto de los hombres) y la correlación inversa ($p < 0,05$) entre el factor retraimiento y el factor hostilidad (-0,364 en el subconjunto de las mujeres y -0,319 en el subconjunto de los hombres).

La única correlación de los síntomas psicóticos se ha objetivado en el análisis del subconjunto de las mujeres, habiéndose confirmado la correlación negativa estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el factor psicoticismo y el factor retraimiento (coeficiente de correlación -0,38). En el subgrupo de los hombres, se

confirma la correlación negativa ($p < 0,05$) entre el factor depresión y el factor hostilidad, con un coeficiente de correlación - 0,394.

Síntomas psiquiátricos y merma de la capacidad de consentir ingreso

La capacidad de obrar, entendida como la capacidad funcional del individuo para asumir las exigencias de una situación específica de toma de decisión atendiendo a las potenciales consecuencias, alberga una estructura común de relaciones de las distintas habilidades psicolegales para la toma de decisiones en las distintas esferas de la persona, en el ámbito legal (capacidad para ser juzgado), en el ámbito de la investigación y en el ámbito sanitario (capacidad para consentir tratamiento) (Zapf & Roesch, An Investigation of the Construct of Competence: A Comparison of the FIT, the MacCAT-CA, and the MacCAT-T., 2005; Christopher, Arikan, Pinals, Fisher, & Appelbaum, 2011) ⁽⁵⁵⁾.

El ingreso involuntario en instituciones psiquiátricas para tratamiento proporcional a las necesidades clínicas del paciente está supeditado a la merma de la capacidad de obrar entendiendo por ésta un constructo dinámico y variable a lo largo del tiempo y las circunstancias clínicas. Está definida por las habilidades psicolegales

⁽⁵⁵⁾ Se trata de un estudio en un estudio realizado por Zapf y Roesch (2005) cuyo objetivo principal fue investigar si existía uno o más constructos que subyacen a los diferentes tipos de capacidad. Se examinaron dos tipos de capacidad, la capacidad para asistir a un juicio y la capacidad para consentir tratamiento, para determinar si capacidades completamente diferentes contextualizadas podrían tener una estructura común subyacente. Se reclutó una muestra de 100 varones procedentes del Instituto Forense Psiquiátrico, o bien porque rechazasen tratamiento o porque fuesen considerados incapaces para consentir tratamiento y fuesen tratados con psicótrpos. Se utilizaron tres medidas de la capacidad, FIT (Fitness Interview Test), MacCAT-CA y MacCAT-T. Tras el análisis factorial estadístico exploratorio de los índices obtenidos se concluyó que existía una estructura común que subyacía a las distintas capacidades.

subyacentes constituidas por el entendimiento, la apreciación, el razonamiento y la expresión de una elección.

Estas dimensiones se complementan con el análisis factorial de los instrumentos de medición de la capacidad de obrar, concretamente la MacCAT, adquiriendo más relevancia los modelos conceptualizados en tres factores que en dos (Zapf & Roesch, An Investigation of the Construct of Competence: A Comparison of the FIT, the MacCAT-CA, and the MacCAT-T., 2005; Cruise & Rogers, 1998; Rogers, Grandjean, Tillbrook, Vitacco, & Sewell, 2001; Zapf, Skeen, & Golding, Factor Structure and Validity of the MacArthur Competence Assessment Tool - Criminal Adjudication., 2005).

Los criterios básicos de la capacidad han sido medrados por instrumentos de evaluación que estiman que el constructo de capacidad de obrar es un concepto cualitativamente dispar al de las alteraciones psicopatológicas y al del rendimiento intelectual ⁽⁵⁶⁾, si bien el padecimiento de un trastorno mental o merma cognitiva y los síntomas subsecuentes de dicha afección menoscaban dichas habilidades. En base a esto, la evaluación de las habilidades psicoleales precisan también de la estimación de posibles alteraciones psicopatológicas, del cociente intelectual y pruebas neuropsicológicas (Way & Banks, 2001; Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012).

De esta forma, la inteligencia está moderadamente correlacionada con las

⁽⁵⁶⁾ Binet (1905) describió el concepto de inteligencia como una capacidad general para el juicio, la comprensión y el razonamiento que podía manifestarse de muchas maneras diferentes. Jaspers (1959) conceptualizó la inteligencia de una persona como la capacidad permanente para el rendimiento psíquico, *“la totalidad de las aptitudes del individuo, aquellos instrumentos de rendimiento y de finalidad de los que dispone para adaptarse a la vida”* (Sims, 2008).

habilidades psicolegales ^(57), los síntomas psiquiátricos están inversamente correlacionadas con la capacidad de obrar ^{(58) (59)} y el rendimiento neuropsicológico está fuertemente correlacionado con la capacidad de decidir (Palmer & Jeste, Relationship of Individual Cognitive Abilities to Specific Components of Decisional Capacity Among Middle-Aged and Older Patients With Schizophrenia, 2006; Mandarelli, Parmigiani, Tarsitani, Frati, Biondi, & Ferracuti, 2012; Holzer, Gansler, Moczynski, & Folstein, 1997; O'Leary, Flaum, Kesler, Flashman, Arndt, & Andreasen, 2000).

A continuación se va a exponer las habilidades mermadas en función de las correlaciones, y sus valores, recogidas en el trabajo de Jacobs y colaboradores, en el que se correlaciona la escala BPRS y la MacCAT (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008).

De esta forma, los pacientes seleccionados de la cohorte de ingresos no consentidos que obtuvieron puntuaciones elevadas en el factor psicoticismo, han

⁽⁵⁷⁾ En el estudio de Zapf, Skeem y Golding (2005) se realizó y validó el análisis factorial de la MacCAT-CA, se confirmó que la inteligencia (medurada con la escala WAIS) está correlacionada moderadamente con la capacidad de obrar, con un coeficiente de correlación 0,35 estadísticamente significativo ($p < 0,001$) (Zapf, Skeem, & Golding, Factor Structure and Validity of the MacArthur Competence Assessment Tool - Criminal Adjudication., 2005).

⁽⁵⁸⁾ En el estudio de Zapf, Skeem y Golding (2005) ya mentado se objetivó la correlación negativa estadísticamente significativa entre los hallazgos psicopatológicos (evaluados mediante la escala BPRS) y las habilidades psicolegales, con un coeficiente de correlación cuyo valor es - 0,24 (Zapf, Skeem, & Golding, Factor Structure and Validity of the MacArthur Competence Assessment Tool - Criminal Adjudication., 2005).

⁽⁵⁹⁾ En el estudio de Jacobs y colaboradores (2008) uno de los objetivos fue el de analizar la correspondencia existente entre habilidades relacionadas con la capacidad y los síntomas psiquiátricos y grupos sintomáticos. Se evidenció una intensa correspondencia entre síntomas psicóticos y la incapacidad, en tanto que la dimensión psicótica de la escala BPRS se correlacionó significativamente con las tres habilidades evaluadas en el MacCAT-CA. (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008).

presentado merma de la habilidad de comprensión cognitiva de la situación clínica de consentir el ingreso hospitalario (con una correlación negativa intensa con un coeficiente de correlación “ r ” = - 0,434), además de limitaciones en la habilidad de razonamiento (r = - 0,471) y limitaciones en la habilidad de apreciación de su estado y contexto clínico (r = - 0,349) (Poythress, Cascardi, & Ritterband, Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimerman Screen, 1996; Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004; Rosenfeld & Wall, 1998; Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz, & Appelbaum, 2008).

A tenor de que la segunda dimensión psicopatológica con correlaciones significativas con las habilidades psicolegales es el factor retraimiento, se puede afirmar que los pacientes que precisaron ingreso involuntario presentaban merma de la habilidad entendimiento, con un coeficiente de correlación - 0,235, con la habilidad razonamiento, con una “ r ” = - 0,157, y con la habilidad apreciación, con un coeficiente de correlación - 0,158 (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS. , 2008).

En tercer lugar, los síntomas del factor hostilidad presentan una correlación inversa estadísticamente significativa con la habilidad apreciación, si bien no se han objetivado otras correlaciones ⁽⁶⁰⁾ (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012).

⁽⁶⁰⁾ En el ya mentado estudio de Jacobs y colaboradores (2008), cuando se procedió al análisis de posibles correlaciones entre los síntomas psiquiátricos, grupos sintomáticos y habilidades psicolegales, siendo medidas las alteraciones psicopatológicas con la BPRS 18 ítems y la BPRS 24 ítems, se apreció como el ítem no cooperación, incluido en el factor “psicoticismo” y “distorsiones del pensamiento” en la BPRS expandida, aumentaba la fuerza de las correlaciones con las tres habilidades, siendo considerado un

No se han confirmado correlaciones estadísticamente significativas de los síntomas depresivos con las habilidades psicolegales, lo que sugiere que los síntomas asociados a la depresión tienen poca probabilidad de influir en la merma de las habilidades necesarias para consentir ingreso hospitalario (Rosenfeld & Wall, 1998). En algunos estudios se ha confirmado una discreta correlación de los síntomas de la depresión con la habilidad de entendimiento (Ryba & Zapf, 2011; Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004).

En el análisis individualizado de cada síntoma en el posible impacto sobre la merma de la capacidad decisonal, el ítem contenido inusual del pensamiento ha obtenido la puntuación más alta (media 5,44). En relación a esto, cabe destacar que la sintomatología delirante está inversamente correlacionada con la habilidad entendimiento (- 0,231), con la habilidad razonamiento (- 0,274) y fuertemente con la habilidad apreciación (- 0,290). De hecho, ha sido el único síntoma correlacionado de forma independiente con las tres habilidades (Moye, Karel, Azar, & Gurrera, 2004; Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008; Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004).

En la cohorte analizada, le secundaron por su gravedad los síntomas de ansiedad psíquica (5,22), sin asociación con las habilidades de la capacidad de obrar estadísticamente significativa, y los síntomas de suspicacia (4,4), que sí tienen

probable factor potente en la determinación de la capacidad (Jacobs, Ryba, & Zapf, Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS, 2008).

correlación negativa con la habilidad apreciación (- 0,148) (Moye, Karel, Azar, & Gurrera, 2004).

Le sigue la mediana del ítem tensión (4,22), correlacionado con la habilidad razonamiento (- 0,185) y con la habilidad apreciación (- 0,200). En cambio el ítem excitación (4,14) no se ha correlacionado con ninguna de las habilidades. El ítem excitación, relacionado con la hostilidad y no cooperación en el componente excitación BPRS-EC, análogo al constructo excitación PANNS-EC, se ha correlacionado positivamente con el internamiento involuntario, comportamiento agresivo y suicidabilidad (Huber, et al., 2012; Howe, Fostier, Jenkins, Skene, Copolov, & Keks, 2005). El comportamiento agresivo ha sido correlacionado con la duración del internamiento hospitalario (Steinert, Wiebe, & Gebhardt, Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia, 1999).

El factor manía no recogido en el presente análisis de la escala BPRS versión 18 ítems del actual trabajo de investigación, que está compuesto por los ítems excitación y tensión previamente descritos, además de por los ítems hiperactividad motora, distractibilidad y estado de ánimo elevado, está correlacionado con significación estadística con la habilidad razonamiento; en cambio, mantiene independencia con la comprensión y la apreciación (Huber, et al., 2012; Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Gutkind, & Gilbert, 2000).

El ítem ánimo depresivo, con una puntuación media de 4,01, no ha sido correlacionado estadísticamente con ninguna de las habilidades. El ítem no cooperación, también con una media 3,59, sí se correlacionó con razonamiento (- 0,235) y apreciación (- 0,299).

Otras correlaciones significativas con ítems que no han presentado medianas superiores o iguales a 4 y que por tanto no han debido tener especial impacto en la merma de la capacidad decisional, pero cuyas fuerzas de correlación resultan contundentes son: el ítem preocupación somática (2,33 +/- 2,04), que se correlaciona con la habilidad razonamiento (- 0,188); la conducta alucinatoria (1,51 +/- 1,4) que se correlaciona con la habilidad entendimiento - 0,282, con razonamiento - 0,299 y con apreciación - 0,177; desorientación (1,49 +/- 1,37) se correlaciona con el entendimiento - 0,403, razonamiento - 0,473 y apreciación - 0,347 ⁽⁶¹⁾ (Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz, & Appelbaum, 2008; Howe, Fostier, Jenkins, Skene, Copolov, & Keks, 2005).

El ítem desorganización conceptual ⁽⁶²⁾, con una puntuación media 3,05 (+/- 1,72) está correlacionado significativamente ($p < 0,01$) con la habilidad entendimiento - 0,462, la habilidad razonamiento - 0,486 y con el razonamiento - 0,312. El síntoma de desorganización conceptual ha estado estrechamente vinculado con la merma de la capacidad decisional en numerosas investigaciones, si bien en la población analizada no ha adquirido puntuaciones especialmente elevadas. También ha sido relacionada con el tiempo de hospitalización (Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz, & Appelbaum, 2008; Dunn, Candilis, & Roberts, Emerging Empirical Evidence on the Ethics of Schizophrenia Reserach, 2006; Wirshing, Sergi, & Mintz, A Videotape Intervention to Enhance the Informed Consent Process for Medical and Psychiatric Treatment

⁽⁶¹⁾ Las puntuaciones del ítem desorientación han adquirido puntuaciones altas con respecto al valor promedio en los diagnósticos de trastorno mental orgánico (3,6), retraso mental (3,5) y trastorno psicótico (3,05).

⁽⁶²⁾ Las puntuaciones medias del ítem de desorganización conceptual han destacado en el trastorno mental orgánico (3,6), en el retraso mental (3,5), en el grupo de trastorno del humor (3,153) y en el grupo de trastorno psicótico (3,15).

Research, 2005; Howe, Fostier, Jenkins, Skene, Copolov, & Keks, 2005; Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004; O'Leary, Flaum, Kesler, Flashman, Arndt, & Andreasen, 2000).

No han destacado de forma general ni en el análisis específico según grupo diagnóstico y género las puntuaciones de los siguientes ítems: el ítem retraso motor, con una puntuación media 1,72 (+/- 1,39), que está correlacionado con la habilidad entendimiento - 0,196 ($p < 0,01$), ni el ítem afecto aplanado, con una puntuación media 2,37 (+/- 1,62), que está correlacionado con la habilidad entendimiento - 0,212 ($p < 0,01$), ni el ítem manierismo y posturas extrañas, con una puntuación media 1,27 (+/- 0,85), correlacionado inversamente - 0,152 ($p < 0,05$) con la habilidad razonamiento.

El ítem aislamiento emocional, con una puntuación media 3,23 (+/-1,71) y que forma parte del factor retraimiento, tiene una correlación inversa con la habilidad entendimiento - 0,190 y la habilidad apreciación - 0,182 ($p < 0,05$). Ha presentado puntuaciones reseñables en el grupo diagnóstico de trastorno neurótico (4,5), retraso mental (4), trastorno mental orgánico (3,8), trastorno de personalidad (3,66), trastorno psicótico (3,2) y trastorno del humor (2,9), habiendo podido influir en la merma de la capacidad para consentir ingreso hospitalario.

A continuación se procede al análisis de los síntomas que conforman un diagnóstico y cómo influyen como grupo en las habilidades psicoleales. De esta forma, el grupo diagnóstico que más ha sido estudiado en la merma de la capacidad de obrar es el grupo trastornos psicóticos, y concretamente los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Es el grupo predominante en la cohorte de ingresos no consentidos. Son numerosos los estudios que confirman el deterioro de las tres habilidades relacionadas con la capacidad de obrar (Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current

Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004; Eyler, Mirzakhania, & Jeste, 2005).

La sintomatología manifestada por los pacientes pertenecientes a este grupo diagnóstico, primordialmente síntomas pertenecientes al factor hostilidad y psicoticismo, está correlacionada negativamente con la capacidad de obrar; en concreto la severidad de los síntomas productivos está vinculada con la merma de la habilidad de apreciación de la información relevante de sí mismo, de su estado de enfermedad y de la necesidad de tratamiento (Viljoen, Zapf, & Roesch, Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial, 2004).

Se han identificado otras alteraciones psicopatológicas severas, que incluyen síntomas de retraimiento, predictores de limitaciones en el nivel de comprensión de la información divulgada relativa al ingreso hospitalario y en la apreciación. En cambio, no son tan determinantes en el deterioro de la capacidad de razonamiento (Palmer & Jeste, Relationship of Individual Cognitive Abilities to Specific Components of Decisional Capacity Among Middle-Aged and Older Patients With Schizophrenia, 2006; Appelbaum & Grisso, The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment, 1995).

En la cohorte de ingresos no consentidos, el grupo trastornos psicóticos no ha presentado síntomas de inhibición psicomotriz, con una puntuación en el ítem enlentecimiento motor baja (1,8), que también está asociado con la merma de la habilidad de expresión de una elección (Appelbaum & Grisso, The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment, 1995).

Por otra parte, los pacientes afectos de psicosis con puntuaciones elevadas en síntomas depresivos presentan merma de la habilidad para entender su situación clínica, derivados de los sesgos cognitivos fundamentados en percepción de mayor vulnerabilidad, vergüenza, humillación y pérdida (Iqbal, Birchwood, Chadwick, & Trower, 2000). A su vez, existe evidencia de pensamientos suicidas y de desesperanza que acompaña a la sintomatología depresiva, que aumenta el riesgo suicida y merma la capacidad de consentir ingreso voluntario (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000).

A pesar de todo lo expuesto, debe insistirse en que la presencia de esquizofrenia u otros diagnósticos psiquiátricos por sí mismos no son determinantes de la incapacidad decisional (Pinals, 2009). Una aproximación más efectiva que focalizar la evaluación en el diagnóstico es atender a los déficits cognitivos y los síntomas negativos. Se puede usar un cuestionario breve para identificar a las personas que podrían beneficiarse de una evaluación más extensiva de la capacidad y el procedimiento del consentimiento.

El conjunto de pacientes afectos de depresión presentan merma de la capacidad de apreciar su situación y las consecuencias de la misma asociado a síntomas de desesperanza, no incluido en los ítems de la escala BPRS administrada (Appelbaum & Grisso, The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment, 1995).

En relación a los pacientes afectos de trastorno mental orgánico, son distintas las publicaciones que han objetivado que los pacientes con demencia moderada presentan peor rendimiento neuropsicológico, lo cual menoscaba las tres habilidades, en especial la habilidad de entender la información relativa al diagnóstico y al tratamiento (Appelbaum & Grisso, The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness

and Competence to Consent to Treatment, 1995; Gurrera, Moye, Karel, Azar, & Armesto, 2006).

Además, en este grupo diagnóstico han destacado los síntomas de hostilidad y depresión, expresión de la desregulación emocional que tiene impacto en la habilidad del paciente para entender la información relativa a su situación médica, pronóstico y consecuencias terapéuticas. Por otra parte, en los procesos demenciales la suspicacia ha estado relacionada con la merma de la habilidad de apreciación, que en los pacientes de la cohorte examinada no ha adquirido gravedad. En cambio, no se ha apreciado franca merma de la expresión de una elección (Moye, Karel, Azar, & Gurrera, 2004).

A tenor de las variaciones identificadas en los análisis globales y específicos según variables seleccionadas, y entendiendo que la capacidad de obrar es un constructo multidimensional, son numerosos los estudios que han evaluado estrategias para mejorarla mediante la optimización de la habilidad de entendimiento, tales como intervenciones educacionales o un proceso interactivo de consentimiento (Wirshing, Sergi, & Mintz, A Videotape Intervention to Enhance the Informed Consent Process for Medical and Psychiatric Treatment Research, 2005; Carpenter, et al., 2000; Eyler, Mirzakhanian, & Jeste, 2005; Palmer, Savla, Roesch, & Jeste, 2013).

Es necesario elaborar instrumentos de medición de las habilidades psicolegales específicos que atiendan también a las circunstancias clínicas y ambientales que influyen en el proceso de toma decisión.

Limitaciones

Los resultados de esta investigación ofrecen información sobre las alteraciones psicopatológicas y las relaciones entre los distintos grupos sintomáticos de una cohorte de pacientes que han sido considerados incapaces para la toma de decisión terapéutica de ingreso hospitalario. A su vez, también ofrece la relación de las dimensiones sintomáticas factoriales con dos variables, la variable género y la variable grupo diagnóstico.

En este trabajo de investigación, se cuestiona la validez y fiabilidad del mismo en tanto que la aplicación de la BPRS sólo ha recaído sobre un psiquiatra, favoreciendo por tanto el sesgo del experimentador, además de que sólo se ha procedido a la aplicación de un único instrumento de evaluación de las alteraciones psicopatológicas.

En relación a la validez externa, uno de los factores por los que se ve afectada es por el sesgo de selección. Se trata de una investigación retrospectiva en la que se ha seleccionado una muestra en base a un atributo en concreto, la merma de la capacidad de obrar determinada por un profesional médico psiquiatra. Otro factor que merma la validez externa del trabajo de investigación es un factor situacional (efecto Hawthorne), ya que la muestra seleccionada procede de una institución psiquiátrica en circuito privado.

Se ha procedido al análisis factorial de la escala BPRS utilizada para la medida de las alteraciones psicopatológicas. Las cargas factoriales elegidas han sido bajas ($< 0,50$), lo que disminuye su validez y fiabilidad, por lo que debería examinarse una muestra de mayor tamaño, que garantizase mayor estabilidad de las cargas factoriales.

La presente muestra contenía un gran número de pacientes diagnosticados con trastorno psicótico, seguido de trastorno afectivo. En cambio, el número de sujetos afectos de otras entidades clínicas, concretamente trastorno mental orgánico, trastorno neurótico, trastorno de personalidad y retraso mental ha sido pequeño, lo cual limita la validez externa del actual trabajo. Por otra parte y de acuerdo con estudios revisados, destaca la ausencia de sujetos con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. En este último diagnóstico, cabe destacar la ausencia de cobertura sanitaria por parte de las aseguradoras privadas para ingreso hospitalario. Todos estos aspectos suponen una limitación de la validez.

Por todo lo expuesto, se recomendaría un estudio prospectivo en el que fuesen al menos dos investigadores los que aplicasen la escala BPRS ajenos al equipo médico del paciente. En relación a los instrumentos de medida, se aumentaría la validez del estudio mediante la administración de más escalas para la evaluación de los síntomas psiquiátricos, que incluyan la evaluación neuropsicológica y el deterioro cognitivo.

Por otra parte, para un examen más exhaustivo de la merma de la capacidad de obrar, es necesario el uso de instrumentos concretos que evalúen las habilidades psicoleales y la posterior asociación con los síntomas psiquiátricos.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Las alteraciones psicopatológicas son factores que pueden condicionar el menoscabo de la capacidad de obrar, constructo dinámico definido por las habilidades de expresión de una elección, entendimiento, apreciación y razonamiento. En el actual trabajo de investigación se ha procedido a la evaluación de los síntomas psiquiátricos que han mermado la capacidad de consentir ingreso hospitalario en una cohorte de pacientes afectos de un trastorno mental para confirmar hasta qué punto predomina la semiología psicótica. Se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1. Los hallazgos psicopatológicos de semiología psicótica no han predominado en la exploración mental de los pacientes que han precisado ingreso no consentido, cuya severidad ha sido equiparable a la de los síntomas relacionados con la hostilidad y el ánimo depresivo.
2. No se han identificado diferencias estadísticamente significativas según la variable género en la severidad de las alteraciones psicopatológicas que han mermado la capacidad de consentir ingreso hospitalario.
3. En el grupo diagnóstico trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes se ha confirmado el predominio estadísticamente significativo de los síntomas psicóticos y de hostilidad.
4. En el grupo diagnóstico trastornos del humor y trastornos mentales orgánicos se han objetivado el predominio estadísticamente significativo de los síntomas de ánimo depresivo y hostilidad.
5. La severidad de los síntomas de hostilidad confirma la progresiva relevancia del criterio peligrosidad en la indicación terapéutica de ingreso involuntario.

Conclusiones

6. La gravedad de los síntomas depresivos y hostilidad en el grupo de trastornos afectivos y trastornos mentales orgánicos evidencia la relevancia del riesgo suicida en la indicación terapéutica de involuntariedad del internamiento.
7. La independencia de los síntomas de semiología psicótica es un correlato de la correlación distinguida del psicoticismo con la merma de la capacidad de consentir ingreso hospitalario.
8. Los síntomas psiquiátricos no se correlacionan inexorablemente con la capacidad de obrar en tanto constructo dinámico y multidimensional definido también por elementos coyunturales tales como la experiencia clínica del facultativo, la actitud, la cultura y el sistema legislativo.
9. Por todo ello es necesario desarrollar instrumentos y herramientas de evaluación de la capacidad de obrar que contemplen todos estos factores adaptados al contexto de aplicación.

ANEXOS

Anexos

Anexo I: Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, 17 de diciembre de 1991, 46/119, Asamblea General – Cuadragésimo sexto período de sesiones (Naciones Unidas, 1991).

Principio 11. Consentimiento para el tratamiento.

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.
2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:
 - (a) El diagnóstico y su evaluación;
 - (b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
 - (c) Las demás modalidades posibles del tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
 - (d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.
3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.
4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán

explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento.

5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

6. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:

- (a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;
- (b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;
- (c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

7. La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después de que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13,, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.
9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.
10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.
11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.
12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.
14. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamiento sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando u órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.
15. No se someterá a ensayos clínicos ni a otros tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.
16. En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

Principio 16. Admisión Involuntaria.

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad y considere:

(a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

(b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán

también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

Anexo II: Recomendación No. R (83) 2 del Comité de Ministros para los Estados Miembros relacionado con la protección legal de las personas que sufren trastornos mentales ingresadas de forma involuntaria (Grupo de Trabajo sobre Psiquiatría y Derechos Humanos, 1983).

(aprobada por el Comité de Ministros el 22 de Febrero de 1983 en la 356 reunión de Diputados) El Comité de Ministros, amparado en el Artículo 15.b del Estatuto del Consejo de Europa,

Teniendo en cuenta que el objetivo del Consejo de Europa es alcanzar una mayor unanimidad entre sus miembros, en concreto a través de la armonización de las leyes sobre asuntos de interés común;

Considerando la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales y su aplicación por parte de los órganos establecidos bajo esta convención;

Teniendo en cuenta la Recomendación 818 (1977) de la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa sobre la situación de los enfermos mentales;

Considerando que la actitud común a nivel europeo promoverá la mejor protección de las personas que sufren trastornos mentales,

Recomienda que los gobiernos de los Estados Miembros deberán adaptar sus leyes a las normas adjuntas a esta recomendación o adaptar las disposiciones de acuerdo a las normas que se incorporaron a la nueva legislación.

Normas

Artículo 1

1. Estas normas se refieren al internamiento involuntario de las personas que sufren un trastorno mental. El internamiento decidido conforme a un procedimiento penal no es competencia de estas normas; sin embargo, las normas 5, 9, 10 y 11 se refieren a este tipo de internamientos.

2. El internamiento involuntario (de aquí en adelante referido como “internamiento”) significa el ingreso y detención de una persona que sufre un trastorno mental (de aquí en adelante referido como “paciente”) para tratamiento hospitalario o en otro centro médico o lugar adecuado (de aquí en adelante referido como “centro”), el internamiento no ha sido pedido por propia voluntad.

3. El ingreso de un paciente en un centro para recibir tratamiento por propia voluntad no se encuentra incluido en el campo de aplicación de estas normas. Sin embargo, estas normas se aplican en los casos en que un paciente que en principio ha sido ingresado voluntariamente es retenido en un centro a pesar de su deseo de ser dado de alta.

Artículo 2

Los psiquiatras y médicos, a la hora de valorar si una persona padece un trastorno mental y requiere ingreso, deberán realizarlo conforme al Saber Médico. La dificultad para adaptarse a los valores morales, sociales, políticos o de otra índole, no será considerada como un trastorno mental.

Artículo 3

A falta de otros medios para proporcionar un tratamiento adecuado:

- a. un paciente debe ser ingresado en un centro sólo cuando, como consecuencia de un trastorno mental, presente un peligro para sí mismo o para terceros;
- b. sin embargo los estados deben prever que un paciente también debe ser ingresado si, a causa de la grave naturaleza de su trastorno mental, la ausencia del internamiento conllevaría a un deterioro de su trastorno o se prevenga el tratamiento adecuado siéndole proporcionado.

Artículo 4

1. La resolución de un internamiento deberá decidirlo una autoridad jurídica u otra adecuada, prescrito por ley. En una urgencia, el paciente debe ser ingresado o retenido al instante en un centro tras la resolución de un médico que informará inmediatamente a la autoridad judicial competente u otra que deberá tomar una resolución. Cualquier fallo de la autoridad judicial competente o de otra mencionada en este párrafo deberá ser tomada bajo consejo médico y bajo un procedimiento rápido y sencillo.

2. Cuando se determine un internamiento por una corporación o persona no judicial, siempre han de ser distintas a las que han propuesto o recomendado el internamiento. El paciente deberá ser informado inmediatamente de sus derechos y tendrá el derecho de apelar a un tribunal, quién resolverá mediante un procedimiento rápido y sencillo. Además, deberá asignársele a través de una autoridad apropiada, una persona cuya función sea asistir al paciente a decidir si recurrirá, sin perjuicio del derecho a apelar de cualquier otra persona interesada.

3. Cuando la autoridad judicial ha determinado un internamiento o cuando se lleve

a cabo una apelación antes que la autoridad judicial, a través de un cuerpo administrativo, el paciente deberá ser informado de sus derechos y tendrá la oportunidad de ser escuchado personalmente por un juez excepto cuando el juez, teniendo en cuenta el estado de salud del paciente, decida escucharle a través de la única forma de representación. Deberá ser informado del derecho a recurrir contra la decisión ordenada o confirmando el internamiento y si él lo pide o el juez considera que será adecuado, tener el beneficio de la asistencia de un asesor o de otra persona.

4. Las resoluciones judiciales referidas en el párrafo 3 deberán estar abiertas a recurso.

Artículo 5

1. Un paciente sometido a internamiento tiene el derecho a ser tratado con las mismas condiciones éticas y científicas que cualquier otro enfermo y en unas condiciones ambientales similares. En concreto, tiene el derecho a recibir un tratamiento y cuidado adecuados.

2. Un tratamiento que no sea todavía reconocido globalmente por el Saber Médico o represente un riesgo de provocar daño cerebral permanente o alterar negativamente la personalidad del paciente debe ser administrado únicamente si el médico lo considera indispensable y si el paciente, después de ser informado, ha dado su consentimiento expreso. Si el paciente no es capaz de entender la naturaleza del tratamiento, el médico deberá traspasar esta decisión a una autoridad independiente adecuada, prescrita por ley, que consultará al representante legal del paciente, en cualquier caso.

3. Los ensayos clínicos de sustancias y terapias con personas que sufren trastornos mentales, sujetos a internamiento involuntario, que no tengan un objetivo terapéutico, deberán ser prohibidos.

Artículo 6

Las limitaciones de la libertad personal del paciente deberá restringirse solamente a aquellas que sean necesarias debido a su estado de salud y para el éxito del tratamiento, sin embargo, el derecho de un paciente:

a. a comunicarse con una autoridad apropiada, con la persona mencionada en el Artículo 4 y con un abogado, y

b. a enviar cualquier carta cerrada,

no deberá restringirse.

Artículo 7

Un paciente no deberá ser trasladado de un centro a otro, a menos que sea en interés terapéutico, siempre y cuando se hayan tenido en cuenta los deseos del paciente.

Artículo 8

1. Un internamiento deberá mantenerse durante un periodo de tiempo limitado o, al menos, la necesidad del internamiento deberá examinarse en intervalos de tiempo regulares. El paciente puede pedir que sea considerada la necesidad del internamiento por una autoridad judicial, a intervalos de tiempo razonables. Las normas que se explican son las del Artículo 3, párrafo 3.

2. El internamiento debe finalizar en el momento en que lo decida:

a. un médico, o

b. una autoridad competente,

actuando por propia iniciativa o a petición del paciente o de cualquier otra persona

interesada.

3. La finalización del internamiento no implicará necesariamente el fin del tratamiento, que debe continuar de forma voluntaria.

Artículo 9

1. El internamiento, por sí mismo, no constituye una razón para la limitación de la capacidad legal del paciente, mientras opere la ley.

2. Sin embargo, la autoridad que decide un internamiento deberá ver si es necesario que se tomen medidas adecuadas para proteger los intereses materiales del paciente.

Artículo 10

En todas las circunstancias, la dignidad del paciente deberá ser respetada y se tomarán las medidas adecuadas para proteger su salud.

Artículo 11

Estas normas no limitan la posibilidad por parte de los Estados Miembros para aprobar disposiciones que garanticen una medida más extensa de protección legal para las personas que sufren un trastorno mental sujetas a internamiento.

Anexo III: Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Boletín Oficial del Estado, 1999).

CAPÍTULO II. CONSENTIMIENTO.

Artículo 5. Regla general.

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento.

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su

representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. Situaciones de urgencia.

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá proceder se inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9. Deseos expresados anteriormente.

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Anexo IV. La Ley 41/2002, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, 2002).

CAPÍTULO II

EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

CAPÍTULO IV

EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3.⁽⁶³⁾ Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

⁽⁶³⁾ Redactado conforme a la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº 180 de 29-7-2015, página 64544.

4.⁽⁶⁴⁾ Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

5.⁽⁶⁵⁾ La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

6.⁽⁶⁶⁾ En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas

⁽⁶⁴⁾ Redactado conforme a la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº 180 de 29-7-2015, página 64544.

⁽⁶⁵⁾ Redactado conforme a la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 227 de 22-9-2015, página 83586.

⁽⁶⁶⁾ Redactado y añadido conforme a la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº 180 de 29-7-2015, página 64544.

necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7.⁽⁶⁷⁾ La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

⁽⁶⁷⁾ Redactado y añadido conforme a la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº 180 de 29-7-2015, página 64544.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Anexo V. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763. (Boletín Oficial del Estado BOE-A-2000-323) (Boletín Oficial del Estado, 2000).

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal ⁽⁶⁸⁾.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a

⁽⁶⁸⁾ Téngase en cuenta que los incisos destacados se declaran inconstitucional por Sentencia del TC 132/2010, de 2 de diciembre. Ref. BOR-A-2011-274.

cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalado en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

1. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Anexo VI: Categorías diagnósticas según criterios CIE 10.

F00-F09: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

“En esta sección incluye una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión cerebral u otra afección causantes de disfunción cerebral. El espectro de las manifestaciones psicopatológicas de los trastornos mentales orgánicos es amplio y variado, sus rasgos esenciales pueden agruparse en dos grupos principales. Un grupo de trastornos constantes en los que los trastornos de las funciones cognitivas superiores, como la memoria, la inteligencia, la capacidad de aprendizaje o las alteraciones del sensorio (conciencia y atención). Un segundo grupo de síndromes en los cuales las manifestaciones más destacadas se presentan en las áreas de la percepción (alucinaciones), de los contenidos de pensamiento (ideas delirantes) o del humor y de las emociones (depresión, euforia, ansiedad) o en la de los rasgos generales de la personalidad y formas del comportamiento, mientras que las disfunciones cognitivas o sensoriales son mínimas o difíciles de comprobar” (CIE 10).

F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas

“En este grupo diagnóstico se incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos; todos ellos secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritos por un médico)” (CIE 10).

F20-F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

“El cuadro más importante y más frecuente de este grupo es la esquizofrenia. El trastorno esquizotípico tiene muchos de los rasgos característicos de los trastornos esquizofrénicos y es probable que esté genéticamente relacionado con ellos, sin embargo están ausentes las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos importantes del comportamiento propios de la esquizofrenia, por lo que no siempre acaban recibiendo atención médica. La mayoría de los trastornos delirantes no están relacionados con la esquizofrenia, aunque puede ser difícil diferenciarlos en la clínica, en especial en los estados iniciales. Forman un grupo heterogéneo y no bien diferenciado en los que por las características de su duración puede distinguirse un grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios (frecuente en países desarrollados)” (CIE 10).

F30-F39: Trastornos del humor (afectivos)

“La alteración fundamental de este grupo diagnóstico es una alteración del humor o la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele tener un correlato en el nivel general de actividad de las funciones vitales, también llamada vitalidad. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen” (CIE 10).

F40-F49: Trastorno neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfo

“Se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. En la Cie 10 el concepto de Neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado el permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún querer considerar como neuróticos, en un sentido particular del término “ (CIE 10).

F60-F69: Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto

“Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida. Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás.

Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social. Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales (ver F07.-). En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en este área. Los problemas de personalidad que se presentan con una frecuencia especial en una determinada parte del mundo, pero que no corresponden a ninguno de los subtipos que se especifican a continuación, pueden clasificarse como "otros" trastornos de la personalidad e identificarse mediante un quinto carácter en el código correspondiente de una posible adaptación de la CIE-10 para esa región o país en particular. Las diferencias locales de las manifestaciones de un trastorno de personalidad pueden reflejarse también en la redacción de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico del trastorno correspondiente" (CIE 10).

F70-F79: Retraso mental

“El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante” (CIE 10).

Otros. Cualquier otro diagnóstico recogido en la CIE 10 no descrito en categorías diagnósticas previas.

Anexo VII. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica. Brief Psychiatric Rating Scale. BPRS.

Ítem 1. Preocupación somática

Grado de preocupación sobre la salud corporal actual. Calificar el grado al cual el paciente percibe problemas de salud física, reales o no. No califique el relato de los síntomas somáticos sino sólo la inquietud por estos problemas (reales o imaginados). Calificar los datos que relata el paciente (subjetivos) referidos a la semana previa.

1 = No informado

2 = Muy leve: en ocasiones le preocupa su cuerpo, síntomas o la enfermedad física

3 = Leve: preocupación moderada en ocasiones o ligera con frecuencia

4 = Moderada: preocupación intensa en ocasiones o moderada a menudo

5 = Moderada grave: con frecuencia muy preocupado

6 = Grave: muy preocupado la mayor parte del tiempo

7 = Muy grave: muy preocupado casi todo el tiempo.

Ítem 2. Ansiedad psíquica

Inquietud, miedo o preocupación excesiva por el presente o futuro. Calificar sólo en base al relato verbal de la experiencia subjetiva del paciente durante la última semana. No inferir ansiedad a partir de signos físicos o mecanismos de defensa neuróticos. No calificar si la inquietud se restringe al campo somático.

1 = No informado

2 = Muy leve: en ocasiones se siente un poco ansioso

3 = Leve: ansiedad moderada en ocasiones o ligera con frecuencia

4 = Moderada: ansiedad intensa en ocasiones o moderada con frecuencia

5 = Moderada grave: ansiedad intensa frecuente

6 = Grave: ansiedad intensa la mayor parte del tiempo

7 = Muy grave: ansiedad intensa casi permanente.

Ítem 3. Aislamiento emocional

Problemas para relacionarse con el entrevistador y con la situación. Los signos manifiestos de esta deficiencia consisten en contacto visual pobre/ausente, incapacidad para orientar su cuerpo hacia el entrevistador y falta general de compromiso o participación en la entrevista. Diferenciar de AFECTO APLANADO, en el que se califican los déficits de la expresión facial, gestos y patrón de la voz. Calificar sobre la base de las observaciones durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve: en ocasiones mantiene poco contacto visual

3 = Leve: igual que el anterior, pero más frecuente

4 = Moderado: poco contacto visual, pero parece comprometido en la entrevista y responde en forma apropiada a todas las preguntas

5 = Moderado grave: mira el suelo o se orienta lejos del entrevistador, pero con un compromiso moderado

6 = Grave: igual que el anterior, pero más persistente

7 = Muy grave: aspecto “distanciado” o ”fuera” (ausencia total de implicación emocional), con una falta de compromiso notoria con la entrevista (NO CALIFICAR SI SE DEBE A DESORIENTACIÓN).

Ítem 4. Desorganización conceptual

Grado de incomprensibilidad del discurso. Incluye todo tipo de trastorno formal del pensamiento (por ej., asociaciones inconexas, incoherencia, fuga de ideas, neologismos). NO incluya circunstancialidad o discurso apresurado, aun cuando estas características sean acentuadas. NO califique sobre la base de las impresiones subjetivas del paciente (por ej.: mis pensamientos están acelerados. No puedo mantener una idea, ‘Mis Ideas están mezcladas’). Calificar SÓLO sobre la base de las observaciones durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve: cierto grado de vaguedad, pero de dudosa relevancia clínica

3 = Leve: vaguedad frecuente, pero la entrevista puede progresar en forma lenta; falta de conexión ocasional de las asociaciones

4 = Moderada: declaraciones irrelevantes en ocasiones, uso infrecuente de neologismos o falta de conexión moderada de las asociaciones

5 = Moderada grave: igual que el anterior, pero más frecuente

6 = Grave: trastorno formal del pensamiento durante la mayor parte de la entrevista, que transcurre de manera muy forzada

7 = Muy grave: se obtiene muy poca información coherente.

Ítem 5. Sentimientos de culpabilidad

Preocupación excesiva o remordimientos por conductas del pasado. Calificar sobre la base de las experiencias subjetivas de culpabilidad descritas por el paciente relativas a la semana anterior. No inferir esos sentimientos a partir de depresión, ansiedad o defensas neuróticas.

Anexos

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: culpabilidad ligera en ocasiones
- 3 = Leve: culpabilidad moderada en ocasiones o se siente algo culpable con frecuencia
- 4 = Moderada: siente culpa intensa en ocasiones o moderada con frecuencia
- 5 = Moderada grave: se siente muy culpable con frecuencia
- 6 = Grave: culpa intensa la mayor parte del tiempo o delirio de culpa encerrado
- 7 = Muy grave: sufre sentimientos de culpa constantes o delirios de culpa persistentes.

Ítem 6. Tensión

Calificar inquietud motora (agitación) observada durante la entrevista. No calificar sobre la base de las experiencias subjetivas que relata el paciente. No considere supuesta patogenia (por ej.: discinesia tardía).

- 1 = No observado
- 2 = Muy leve: inquieto en ocasiones
- 3 = Leve: inquieto con frecuencia
- 4 = Moderada: inquieto en forma permanente o a menudo está inquieto, se retuerce las manos y se tira de la ropa
- 5 = Moderada grave: se mueve, se retuerce las manos y se tira de la ropa en forma permanente
- 6 = Grave: no puede permanecer sentado (va de un lado a otro)
- 7 = Muy grave: deambula de manera frenética.

Ítem 7. Manierismo y posturas corporales extrañas

Conducta motora poco habitual y que no es natural. Calificar sólo la anomalía de los movimientos. No calificar aumento simple de la actividad motora en este apartado.

Considerar frecuencia, duración y grado de los movimientos extraños. No considere patogenia.

1 = No observado

2 = Muy leve: conducta extraña pero de relevancia clínica dudosa, por ejemplo, en ocasiones risa inmotivada, movimientos infrecuentes de los labios

3 = Leve: conductas extrañas pero que no son extravagantes, por ejemplo, en pocas ocasiones inclinar la cabeza (de un lado a otro) de manera rítmica, movimientos anormales intermitentes de los dedos

4 = Moderada: adopta una posición poco natural durante un lapso breve, con poca frecuencia saca la lengua, se balancea, hace muecas faciales

5 = Moderada grave: adopta y mantiene una posición corporal incómoda durante la entrevista, movimientos poco habituales en varias áreas del cuerpo

6 = Grave: igual que el anterior, pero más frecuente, intenso o persistente

7 = Muy grave: posturas corporales grotescas durante la mayor parte de la entrevista, movimientos anormales continuos en varias áreas corporales.

Ítem 8. Grandeza

Autoestima (autoconfianza) elevada o valoración excesiva de sus talentos, poderes, aptitudes, éxitos, conocimientos, importancia o identidad. No calificar la cualidad de grandiosidad de las declaraciones del paciente (por ej., “Soy el peor pecador del mundo”. “Todo el país intenta matarme”) a menos que los sentimientos de culpa/persecución se relacionen con ciertos atributos especiales o exagerados del sujeto. Además, es el paciente quien debe declarar sus atributos especiales: por ejemplo, si el paciente niega poseer talentos, poderes, etc., aun cuando declare que otros indican que

los posee, esto no debe calificarse. Calificar sobre la base del relato subjetivo del paciente en la semana anterior.

1 = No informado

2 = Muy leve: autoestima superior a la mayoría de las personas, pero con dudosa relevancia clínica

3 = Leve: autoestima inflada definida o exagera talentos en forma algo desproporcionada con las circunstancias

4 = Moderada: autoestima inflada claramente desproporcionada con las circunstancias o sospecha de delirio de grandeza

5 = Moderada grave: delirio de grandeza encapsulado único (definido) o fragmentario múltiple (definido)

6 = Grave: idea delirante/sistema delirante de grandeza único (definido) o múltiples ideas delirantes de grandeza (definidas) fragmentarias en las que el paciente parece estar absorto

7 = Muy grave: igual que el anterior, pero casi toda la conversación se dirige al delirio de grandeza.

Ítem 9. Estado de ánimo depresivo

Informe subjetivo de sentimientos de tristeza, depresión, “ideas negras”, etc. Calificar sólo el grado de depresión informado. No calificar sobre la base de inferencias de depresión debidas a retraso general y quejas somáticas. Calificar sobre la base de la información (subjetiva) relativa a la semana anterior.

1 = No informado

2 = Muy leve: en algunas ocasiones se siente algo deprimido

- 3 = Leve: depresión moderada en algunas ocasiones o ligera con frecuencia
- 4 = Moderada: en algunas ocasiones se siente muy deprimido o a menudo con depresión moderada
- 5 = Moderada grave: se siente muy deprimido con frecuencia
- 6 = Grave: se siente muy deprimido la mayor parte del tiempo
- 7 = Muy grave: se siente muy deprimido casi todo el tiempo.

Ítem 10.- Hostilidad

Animosidad, desdén, beligerancia, desprecio hacia las otras personas fuera de la situación de entrevista. Calificar sólo sobre la base del informe verbal de sentimientos y acciones del paciente hacia otros durante la semana anterior. No inferir hostilidad a partir de defensas neuróticas, ansiedad o quejas somáticas.

- 1 = No informado
- 2 = Muy leve: se siente irascible en algunas ocasiones
- 3 = Leve: se siente algo irascible con frecuencia o en forma moderada en algunas ocasiones
- 4 = Moderada: en algunas ocasiones se siente muy irascible o en forma moderada con frecuencia
- 5 = Moderada grave: se encuentra muy irritable con frecuencia
- 6 = Grave: su ira pasó a la acción con violencia verbal o física en una o dos ocasiones
- 7 = Muy grave: actuaciones coléricas en varias ocasiones.

Ítem 11. Susplicia

Creencia (delirante o de otro tipo) de que otros tienen o tuvieron intenciones maliciosas o discriminatorias hacia el sujeto. Sobre la base del informe verbal, calificar

sólo las sospechas actuales del paciente, tanto referidas al pasado como al presente.

Calificar sobre la base de la información (subjetiva) de la semana anterior.

1 = No informado

2 = Muy leve: episodios raros de desconfianza que pueden o no estar justificados por la situación

3 = Leve: episodios ocasionales de desconfianza evidentemente injustificados

4 = Moderada: suspicacia más frecuente o ideas de referencia transitorias

5 = Moderada grave: suspicacia persistente, ideas de referencia frecuentes o delirio encapsulado

6 = Grave: delirios de referencia definidos o persecución que no son totalmente persistentes (por ej., delirio encapsulado)

7 = Muy grave: igual que el anterior. pero más difundido, frecuente o intenso.

Ítem 12. Conducta alucinatoria

Percepciones (de cualquier modalidad sensorial) en ausencia de estímulo externo identificable. Calificar sólo la: experimentadas durante la semana anterior. NO calificar “voces en mi cabeza” o “visiones en mi mente” a menos que el paciente pueda diferenciar estas experiencias de sus pensamientos.

1 = No informado

2 = Muy leve: sólo sospecha de alucinaciones

3 = Leve: alucinaciones definidas pero insignificantes. infrecuentes o transitorias (por ej., alucinaciones visuales sin forma en algunas ocasiones, una voz que nombra al paciente)

4 = Moderada: igual que el anterior, pero más frecuente o extenso (por ej., a menudo ve la cara del demonio, dos voces que mantienen largas conversaciones)

5 = Moderada grave: el paciente experimenta alucinaciones casi todos los días o le provocan un sufrimiento extremo

6 = Grave: igual que el anterior, pero con moderado impacto sobre la conducta del paciente (por ej., dificultades para concentrarse que deterioran el rendimiento laboral)

7 = Muy grave: similar al anterior, pero produce impacto grave (por ej., intentos de suicidio en respuesta a alucinaciones de mandato).

Ítem 13. Retraso motor

Reducción del nivel de energía evidenciado por movimientos más lentos.

Calificar sólo sobre la base de las conductas observadas. No considerar la impresión subjetiva del paciente sobre su nivel de energía.

1 = No observado

2 = Muy leve y de dudosa relevancia clínica

3 = Leve: ligero retraso en la conversación, movimientos algo lentos

4 = Moderada: conversación con notorio retraso pero no forzada

5 = Moderada grave: conversación forzada, movimientos muy lentos

6 = Grave: dificultad para mantener la conversación, casi sin movimientos

7 = Muy grave: es imposible entablar conversación, el paciente no tiene movimientos durante la entrevista.

Ítem 14. No cooperativo

Evidencia de resistencia, hostilidad, resentimiento y falta de disposición a cooperar con el entrevistador. Calificar sólo sobre la base de las actitudes del paciente frente a la entrevista y sus respuestas al entrevistador. No considerar datos de resentimiento o falta de cooperación fuera de la entrevista.

Anexos

1 = No observado

2 = Muy leve: no parece estar motivado

3 = Leve: evasivo en ciertos temas

4 = Moderada: monosilábico, falta de elaboración espontánea, algo hostil

5 = Moderada grave: expresa resentimiento y se muestra hostil durante la entrevista

6 = Grave: se rehúsa a contestar numerosas preguntas

7 = Muy grave: se rehúsa a contestar casi todas las preguntas.

Ítem 15. Contenido inusual del pensamiento

Gravedad de ideas delirantes de cualquier tipo -considerar convicción y efecto sobre las acciones. Suponer que la convicción es completa si el paciente ha procedido de acuerdo con sus creencias. Calificar la información subjetiva relativa a la semana anterior.

1 = No informado

2 = Muy leve: presunción o probabilidad de delirio

3 = Leve: en algunas oportunidades el paciente cuestiona su creencia(s) (delirio parcial)

4 = Moderada: convicción delirante plena, pero con poca o ninguna influencia sobre el comportamiento

5 = Moderada grave: convicción delirante plena, pero sólo con impacto ocasional sobre el comportamiento

6 = Grave: la idea(s) delirante(s) produce un efecto significativo, por ejemplo, abandona responsabilidades por estar preocupado con la creencia de que es Dios

7 = Muy grave: la(s) idea(s) delirante(s) produce un impacto importante, por ejemplo, deja de alimentarse porque cree que la comida está envenenada.

Ítem 16. Afecto aplanado

Respuesta afectiva disminuida, caracterizada por déficit de la expresión facial, gestos y patrón de voz. Diferenciar de AISLAMIENTO EMOCIONAL, que se centra en el deterioro de las relaciones interpersonales y no en la afectividad, Considerar grado y consistencia del deterioro. Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve: en ocasiones parece indiferente a temas que suelen acompañarse por alguna demostración emocional

3 = Leve: expresión facial algo disminuida o entonación algo monótona o gestos algo restringidos

4 = Moderada: similar al anterior, pero más intenso, prolongado o frecuente

5 = Moderada grave: aplanamiento del afecto, con al menos dos de tres características: ausencia grave de expresión facial, voz monótona o gestos corporales restringidos

6 = Grave: aplanamiento afectivo profundo

7 = Muy grave: voz totalmente monótona y ausencia total de gesticulación expresiva durante la evaluación.

Ítem 17. Excitación

Tono emocional incrementado, con irritabilidad y expansividad (afecto hipomaniaco). No inferir afectividad a partir de delirio de grandeza. Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve y de dudosa relevancia clínica

3 = Leve: en algunas oportunidades irritable o expansivo

4 = Moderada: irritable o expansivo con frecuencia

5 = Moderada grave: irritable o expansivo en forma constante; o en algunas oportunidades colérico o eufórico

6 = Grave: colérico o eufórico durante la mayor parte de la entrevista

7 = Muy grave: similar al anterior pero con una intensidad que obliga a suspender la entrevista.

18. Desorientación

Confusión o falta de orientación correcta en cuanto a persona, tiempo o espacio.

Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve: parece algo confundido

3 = Leve: contesta que estamos en 1982 cuando en realidad es 1983

4 = Moderada: contesta 1978

5 = Moderada grave: el paciente está inseguro sobre dónde se encuentra

6 = Grave: no tiene idea sobre dónde se encuentra

7 = Muy grave: no sabe dónde se encuentra.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Álvarez Marrodán, I., Baón Pérez, B., Navío Acosta, M., López-Antón, R., Lobo Escolar, E., & Ventura Faci, T. (2014). Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Medicina Clínica* , 143 (5), 201-204.

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* , 193, 44-50.

Abel i Fabre, F. (2001). *Bioética: Orígenes, presente y futuro*. Madrid: Instituto Borja de Bioética Y Fundación Mapfre Medicina.

Alexander, M. P. (1988). Clinical determination of mental competence. A theory and a retrospective study. *Archives of Neurology* , 45, 23-26.

Allueva, P. (2002). Conceptos básico sobre la metacognición. In P. Allueva, & C. d. Aragón. (Ed.), *Desarrollo de habiliades metacognitivas: programa de intervención*. (pp. 59-85). Zaragoza.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disroder, DSM V* (Fifth Edition ed.). American Psychiatric Publishing.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* , 256, 174-186.

Bibliografía

Andreasen, N. (1985). Positive vs. Negative Schizophrenia: A critical Evaluation. *Schizophrenia Bulletin* , 11 (3), 380-389.

Appelbaum, B. C., Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1998). Competence to Consent to Voluntary Psychiatric Hospitalization: A Test of a Standard Proposed by APA. *Psychiatric Services* , 49 (9), 1193-1196.

Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *The New England Journal of Medicine* , 357 (18), 1834-1840.

Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1988). Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment. *The New England Journal of Medicine* , 319 (25), 1635-1638.

Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental Illness and Competence to Consent to Treatment. *19* (2), 105-126.

Appelbaum, P. S., & Roth, L. H. (1982). Competency to Consent to Research. *Archives of General Psychiatry* , 39, 951-958.

Appelbaum, P. S., Mirkin, S. A., & Bateman, A. L. (1981). Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization. *American Journal of Psychiatry* , 138 (9), 1170-1176.

Aschan, L., Goodwin, L., Cross, S., Moran, P., Hotopf, M., & Hatch, S. L. (2013). Suicidal behaviours in South East London: Prevalence, risk factors and the role of socio-economic status. *Journal of Affective Disorders* , 150 (2), 441-449.

Barrios Flores, L. F. (2012). El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , 32 (116), 829-847.

Bassett, D. L. (2010). Risk assessment and management in bipolar disorders. *The Medical Journal of Australia* , 193 (4), 21-23.

Bauwens, I., Cottencin, O., Rolland, B., Bonord, A., & Guardia, D. (2014). Place des soins de support dans la prise en charge de l'anorexie mentale chronique réfractaire. *La Presse Médicale* , 43, 263-269.

Beauchamp, T. L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics* , 29, 269-274.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (Fifth Edition ed.). New York: Oxford University Press.

Benazzi, F. (2002). Psychomotor changes in melancholic and atypical depression: unipolar and bipolar-II subtypes. *Psychiatry Research* , 112, 211-220.

Benazzi, F., & Akiskal, H. (2005). Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. *Journal of Affective Disorders* , 84 (2-3), 197-207.

Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. S. (2001). *Informed Consent. Legal Theory and Clinical Practice*. (Second Edition ed.). New York: Oxford University Press.

Biancosino, B., Picardi, A., Marmai, L., Biondi, M., & Grassi, L. (2010). Factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale in unipolar depression. *Journal of Affective Disorders* , 124 (3), 329-334.

Bilder, R. M., Mukherjee, S., Rieder, D. O., & Pandurangi, A. K. (1985). Symptomatic and Neuropsychological Components of Defect States. *Schizophrenia Bulletin* , 11 (3), 409-419.

Bibliografía

Billick, S. B., Naylor, P. W., Majeske, M. F., Burgert 3rd, W., & Davis, G. P. (1996). A clinical Study of Competency in Psychiatric Inpatients. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 24 (4), 505-511.

Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. Ontogeny of post-psychosis depression. *British Journal of Psychiatry* , 177, 516-521.

Bobes García, J., G.-Portilla, M., Bascarán Fernández, M., Saíz Martínez, P., & Bousoño García, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatria Editores, SL.

Boletín Oficial del Estado. (2011, Marzo 5). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *BOE* .

Boletín Oficial del Estado. (1999, 10 20). INSTRUMENTO de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999* , 36825-36830. España: BOE.

Boletín Oficial del Estado. (2000, 1 8). Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *BOE núm. 7* . (BOE, Ed.)

Boletín Oficial del Estado. (2002, Noviembre 22). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. . *BOE núm. 274* . España: BOE.

Buchanan, A. (2004). Mental capacity, legal competence and consent to treatment. *Journal of the Royal Society of Medicine* , 97, 415-420.

Burger, G. K., Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D., & Trusty, M. L. (1997). Factor Structure of the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Journal of Clinical Psychology* , 53 (5), 451-454.

Bórquez , G., Raineri, G., Horwitz, N., & Huepe, G. (2007). La noción de capacidad de la perosna para tomar decisiones, en la práctica médica y legal. *Revista Médica de Chile* , 135, 1153-1159.

Bórquez Estefo, G., Horwitz Campos, N., López Bravo, I., & Raineri Bernain, G. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones en salud. Actitud y significado para médicos y abogados. *Acta Bioethica* , 14 (2), 166-175.

Bórquez, G., Raineri, G., & Bravo, M. (2004). La evaluación de la "capacidad de la persona": en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Revista Médica de Chile* , 132, 1243-1248.

Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., et al. (2005). Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry* , 187, 379-385.

Calcedo Ordóñez, A. (2007). La pericial médica en el procedimiento de incapacitación civil. In *Los derechos de las Persona con Discapacidad. Volumen I. Aspectos jurídicos* (pp. 227-264). Madrid.

Candilis, P. J., Fletcher, K. E., Geppert, C. M., Lidz, C. W., & Appelbaum, P. S. (2008). A Direct Comparison of Research Decision-making Capacity: Schizophrenia/Schizoaffective, Medically Ill, and Non-Ill Subjects. *Schizophrenia Research* , 99 (1-3), 350-358.

Bibliografia

Capdevielle, D., Raffard, S., Bayard, S., & Boulenger, J.-P. (2011). Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche: étude exploratoire et points de vue éthiques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* , 169 (7), 438-445.

Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queen, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., et al. (2000). Decisional Capacity for Informed Consent in Schizophrenia Research. *Archives of General Psychiatry* , 57, 533-538.

Carrasco Gómez, J. J., & Maza Martín, J. M. (2005). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: La Ley.

Cascardi, M., & Poythress, N. G. (1997). Correlates of Perceived Coercion During Psychiatric Hospital Admission. *International Journal of Law and Psychiatry* , 20 (4), 445-458.

Cassano, G. B., Benvenuti, A., Miniati, M., Calugi, S., Mula, M., Maggi, L., et al. (2009). The factor structure of lifetime depressive spectrum in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders* , 115 (1-2), 87-99.

Cassano, G. B., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Dell'Osso, L., Shear, M. K., et al. (2004). The Mood Spectrum in Unipolar and Bipolar Disorder: Arguments for a Unitary Approach. *American Journal of Psychiatry* , 161 (7), 1264-1267.

Cassidy, F., Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* , 3 (4), 181-188.

Charland, L. C. (2001). Mental Competence and Value: The Problem of Normativity in the Assessment of Decision-Making Capacity. *Psychiatry, Psychology and Law* , 8 (2), 135-145.

Christopher, P. P., Arikan, R., Pinals, D. A., Fisher, W. H., & Appelbaum, P. S. (2011). Evaluating Psychiatric Disability: Differences by Forensic Expertise. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 39 (2), 183-188.

Church, M., & Watts, S. (2007). Assessment of mental capacity: a flow chart guide. *Psychiatric Bulletin* , 31, 304-307.

Coldefy, M., Le Fur, P., Lorand, S., Lucas-Gabrielli, V., Mousquès, J., Piégay, C., et al. (2007). *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. Paris: La Documentation française.

Collège de la Haute Autorité de Santé. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Haute Autorité de Santé.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud. (2002). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. 1-114. Ginebra.

Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research* , 189, 10-20.

Cottencin, O., Guardia, D., & Rolland, B. (2011). Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction (s). In S. U. France, *Conférences Psychiatrie 2: Troubles Psychiatriques - Critères d'Hospitalisation* (pp. 55-68).

Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D., Abalan, F., Brun-Rousseau, H., et al. (2004). Factor influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 39 (10), 804-809.

Bibliografia

Craw, J., & Compton, M. T. (2006). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 41, 981-988.

Crippa, J., Sanches, R., Hallak, J., Loureiro, S., & Zuardi, A. (2002). Factor structure of Bech's version of the Brief Psychiatric Rating Scale in Brazilian patients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* , 35, 1209-1213.

Cruise, K. R., & Rogers, R. (1998). An Analysis of Competency to Stand Trial: An Integration of Case Law and Clinical Knowledge. *Behavioral Sciences and the Law* , 16 (1), 35-50.

Cuesta, M. J., & Peralta, V. (1995). Cognitive disorders in the positive, negative and disorganization syndromes of schizophrenia. *Psychiatry Research* , 58 (3), 227-235.

De Girolamo, G., Rucci, P., Gaddini, A., Picardi, A., & Santone, G. (2008). Compulsory Admissions in Italy. *International Journal of Mental Health* , 37 (4), 46-60.

De la Fuente Fernández, S. (2011). *Analisis factorial*. (F. d. Madrid., Producer) Retrieved Agosto 27, 2015 from <http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIANTE/FACTORIAL/analisis-factorial.pdf>

De Marco, M. C., Sani, G., Manfredi, G., Pacchiarotti, I., Savoja, V., Balbi, A., et al. (2010). Assessment of the Capacity to Express Informed Consent for Organ Donation in Patients with Schizophrenia. *Journal of Forensic Science* , 55 (3), 669-676.

De Stefano, A., & Ducci, G. (2008). Involuntary Admission and Compulsory Treatment in Europe. *International Journal of Mental Health* , 37 (3), 10-21.

Delgado Bueno, S. (2004). Evaluación de la Capacidad de Obrar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* , 4, 97-133.

Deraas, T. S., Hansen, V., Giaever, A., & Olstad, R. (2006). Acute psychiatric admissions from an out-of-hours Casualty Clinic; how do referring doctors and admitting specialist agree? *BMC Health Services Research* , 6 (41), 1-7.

DeRenzo, E. G., Conley, R. R., & Love, R. (1998). Assessment of Capacity to Give Consent to Research Participation: State-of-the-Art and Beyond. *Journal of Health Care Law and Policy* , 1 (1), 66-87.

Drane, J. F. (1990). Método de Ética Clínica. *Bol of Saint Panam* , 108 (5-6), 415-425.

Drane, J. F. (1985). The Many Faces of Competency. *The Hasting Center Report* , 17-21.

Dreer, L. E., DeVivo, M. J., Novack, T. A., Krzywanski, S., & Marson, D. C. (2008). Cognitive Predictors of Medical Decision-Making Capacity in Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Psychology* , 53 (4), 486-497.

Dressing, H., & Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 39 (10), 797-803.

Dunn, L. B., & Jeste, D. V. (2001). Enhancing Informed Consent for Research and Treatment. *Neuropsychopharmacology* , 24 (6), 595-607.

Dunn, L. B., Candilis, P. J., & Roberts, L. W. (2006). Emerging Empirical Evidence on the Ethics of Schizophrenia Reserach. *Schizophrenia Bulletin* , 32 (1), 47-68.

Bibliografia

Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., Jeste, D. V., & Saks, E. R. (2006). Assessing Decisional Capacity for Clinical Research or Treatment: A Review of Instruments. *American Journal of Psychiatry*, 163 (8), 1323-1334.

Dunn, L. B., Palmer, B. W., Appelbaum, P. S., Saks, E. R., Aarons, G. A., & Jeste, D. V. (2007). Prevalence and correlates of adequate performance on a measure of abilities related to decisional capacity: differences among three standards for the MacCAT-CR in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 89 (1-3), 110-118.

Dyer, A. R., & Bloch, S. (1987). Informed consent and the psychiatric patient. *Journal of medical ethics*, 13, 12-16.

Dymek, M. P., Marson, D. C., & Harrell, L. (1999). Factor Structure of Capacity to Consent to Medical Treatment in Patients with Alzheimer's Disease. An exploratory study. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 1 (1), 27-48.

Earnst, k. S., Marson, D. C., & Harrell, L. E. (2000). Cognitive Models of Physicians' Legal Standard and Personal Judgments of Competency in Patients with Alzheimer's Disease. *Journal Of the American Geriatrics Society*, 48 (8), 919-927.

Epright, M. C. (2010). Coercing Future Freedom: Consent and Capacities for Autonomous Choice. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 799-806.

Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P., & Van Os, J. (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181 (suppl. 43), s10-s18.

Etchells, E., Darzins, P., Silberfeld, M., Singer, P. A., McKenny, J., Naglie, G., et al. (1999). Assessment of Patient Capacity to Consent to Treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 27-34.

Eyler, L. T., Mirzakhanian, H., & Jeste, D. V. (2005). A preliminary study of interactive questioning methods to assess and improve understanding of informed consent among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* , 75, 193-198.

Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.

Federation Française de Psychiatrie. (2000). La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. *Conférence de consensus* (pp. 10-15). Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Flovig, J., Vaaler, A. E., & Morken, G. (2009). Substance use at admission to an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry* , 63 (2), 113-119.

Freedman, M., Stuss, D. T., & Gordon, M. (1991). Assessment of Competency: The Role of Neurobehavioral Deficits. *Annals of Internal Medicine* , 115, 203-208.

Gerlinger, G., Hauser, M., de Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* , 12, 155-164.

Gheorghiev, C., Raffray, P., & De Montleau, F. (2008/10). Dangerosité et maladie mentale. *L'information psychiatrique* , 84, 941-947.

Gibbons, R. D., Lewine, R. R., Davis, J. M., Schooler, N. R., & Cole, J. O. (1985). An Empirical Test of Kraepelinian vs. a Bleulerian View of negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin* , 11 (3), 390-396.

Gilboy, J. A., & Schmidt, J. R. (1971). Voluntary Hospitalization of the Mentally Ill. *Northwestern University Law Review* , 66 (4), 429-452.

Bibliografía

Goes, F. S., Sadler, B., Toolan, J., Zamoiski, R. D., Mondimore, F. M., MacKinnon, D. F., et al. (2007). Psychotic features in bipolar and unipolar depression. *Bipolar Disorders* , 9, 901-906.

Golding, S. L., Roesch, R., & Schreiber, J. (1984). Assessment and Conceptualization of Competency to Stand Trial: Preliminary Data on the Interdisciplinary Fitness Interview. *Law and Human Behavior* , 8 (3/4), 321-334.

Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction* , 85, 1403-1408.

Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica* , 117, 18-23.

Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.

Grisso, T. (2003). *Evaluation Competencies: Forensic assessments and instruments*. (Second Edition ed.). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1988). *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and other Health Professionals*. New York: Oxford University Press.

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1991). Mentally Ill and Non-Mentally-Ill Patients' Abilities to Understand Informed Consent Disclosures for Medication. *Law and Human Behavior* , 15 (4), 377-388.

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments. *Law and Human Behavior* , 19 (2), 149-174.

Grisso, T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P., & Fletcher, K. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. II. Measures of Abilities Related to Competence to Consent to Treatment. *Law and Human Behavior* , 19 (2), 127-148.

Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Oquendo, M. A., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Melancholia and the probability and lethality of suicide attempts. *The British Journal of Psychiatry* , 184 (6), 534-535.

Grupo de Trabajo Documento Sitges. (2009). *Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación*. Barcelona: Editorial Glosa.

Grupo de Trabajo sobre Psiquiatría y Derechos Humanos. (1983). *"Libro Blanco" sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental, especialmente aquellas ingresadas de forma involuntaria en un centro psiquiátrico*. Comité de Dirección Ética. .

Gur, R. E., Mozley, D., Resnick, S. M., Levick, S., Erwin, R., Saykin, A. J., et al. (1991). Relations Among Clinical Scales in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* , 148 (4), 472-478.

Gurrera, R. J., Moye, J., Karel, M. J., Azar, A. R., & Armesto, J. C. (2006). Cognitive performance predicts treatment decisional abilities in mild to moderate dementia. *Neurology* , 66 (1), 1367-1372.

Hafemeister, T. L., & Sales, B. D. (1984). Interdisciplinary Evaluations for Guardianships and Conservatorships. *Law and Human Behavior* , 8 (3/4), 335-354.

Halverson, K. (2005). Voluntary Admission and Treatment of Incompetent Persons with a Mental Illnesss. *William Mitchell Law Review* , 32 (1), 161-187.

Bibliografia

Haroun, N., Dunn, L., Haroun, A., & Cadenhead, K. S. (2006). Risk and Protection in Prodromal Schizophrenia: Ethical Implications for Clinical Practice and Future Research. *Schizophrenia Bulletin* , 32, 166-178.

Hart, S. D., & Hare, R. D. (1992). Predicting fitness to stand trial: The relative power of demographic, criminal, and clinical variables. *Forensic Reports* , 5 (1), 53-65.

Helseth, V., Lykke-Enger, T., Johnsen, J., & Waal, H. (2009). Substance use disorders among psychotic patients admitted to inpatient psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry* , 63 (1), 72-77.

Henwood, S., Wilson, M. A., & Edwards, I. (2006). The role of competence and capacity in relation to consent for treatment in adults patients. *British dental Journal* , 200 (1), 18-21.

Hernando Robles, P., Lechuga Pérez, X., Solé Llop, P., Diestre, G., Mariné Torrent, A., Rodríguez Jornet, Á., et al. (2012). Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Revista de Calidad Asistencial* , 27 (2), 85-91.

Hipshman, L. (1987). Defining a Clinically Useful Model for Assessing Competence to Consent to Treatment. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 15 (3), 235-245.

Hoge, S. K. (1994). On Being "Too crazy" to Sign into a Mental Hospital: The Issue of Consent to Psychiatric Hospitalization. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 22 (3), 431-450.

Hoge, S. K., Bonnie, R. J., Poythress, N., Monahan, J., Eisenberg, M., & Feucht-Haviar, T. (1997). The MacArthur adjudicative competence study: Development and validation of a research instrument. *Law and Human Behavior* , 21, 141-179.

Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Gardner, W., Monahan, J., Mulvey, E., et al. (1997). Perceptions of Coercion in the Admission of Voluntary and Involuntary Psychiatric Patients. *International Journal of Law and Psychiatry* , 20 (2), 167-181.

Hoge, S. K., Poythress, N., Bonnie, R. J., Monahan, J., Eisenberg, M., & Feucht-Haviar, T. (1997). The MacArthur adjudicative competence study: Diagnosis, psychopathology, and competence-related abilities. *Behavioral Sciences and the Law* , 15, 329-345.

Holm, J. S., Brixen, K., Andries, A., Horder, K., & Stoving, R. K. (2012). Reflections on Involuntary Treatment in the Prevention of Fatal Anorexia Nervosa: A Review of Five Cases. *International Journal of Eating Disorders* , 45 (1), 93-100.

Holzer, J. C., Gansler, D. A., Moczynski, N. P., & Folstein, M. F. (1997). Cognitive Functions in the Informed Consent Evaluation Process: A Pilot Study. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 25 (4), 531-540.

Howe, E. (2013). Five Ethical and Clinical Challenges Psychiatrists May face When Treating Patients with Borderline Personality Disorder Who Are or May Become Suicidal. *Innovations in Clinical Neuroscience* , 10 (1), 14-19.

Howe, V., Fostier, K., Jenkins, K., Skene, L., Copolov, D., & Keks, N. (2005). Competence to give informed consent in acute psychosis is associated with symptoms rather diagnosis. *Schizophrenia Research* , 77, 2011-2014.

Huber, C. G., Schöttle, D., Lambert, M., Hottenrott, B., Agorastos, A., Naber, D., et al. (2012). Brief Psychiatric Rating Scale - Excited Component (BPRS) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* , 134, 273-278.

Hustoft, K., Larsen, T. K., Bjorn, A., Joa, I., & Johannessen, J. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* , 36 (2), 136-143.

Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restrain and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research* , 10 (89), 1-9.

Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry* , 177, 522-528.

Iversen, K. I., Hoyer, G., & Sexton, H. C. (2009). Rates for civil commitment to psychiatric hospitals in Norway. Are registry data accurate? *Nordic Journal of Psychiatry* , 63 (4), 301-307.

Jacinta, T., Hope, T., & Stewart, A. (2003). Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry* , 26 (6), 697-707.

Jacobs, M. S., Ryba, N. L., & Zapf, P. A. (2008). Competence-Related Abilities and Psychiatric Symptoms: An Analysis of the Underlying Structure and Correlates of the MacCAT-CA and the BPRS. *Law and Human Behavior* , 32, 64-77.

Janosfky, J. S., McCarthy, R. J., & Folstein, M. F. (1992). The Hopkins Competency Assessment Test: A Brief Method for Evaluating Partients`Capacity to Give Informed Consent. *Hospital and Comunity Psychiatry* , 43 (2), 132-136.

Jeste, D. V., Depp, C. A., & Palmer, B. W. (2006). Magnitud of Impairment in Decisional Capacity in People with Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* , 32 (1), 121-128.

Jeste, D. V., Palmer, B. W., Appelbaum, P. S., Golshan, S., Glorioso, D., Dunn, L. B., et al. (2007). A New Brief Instrument for assessing Decisional Capacity for Clinical Research. *Archives of General Psychiatry* , 64 (8), 966-974.

Jeste, D., Braff, D., Dunn, L., Johnson, S., Masys, D., Palmer, B., et al. (2003). Procedures for Determination of Decisional Capacity in Persons Participating in Research Protocols. *UCSD Task Force* , 1-6.

Johnstone, E. C., Ebmeier, K. P., Miller, P., Owens, D. G., & Lawrie, S. M. (2005). Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry* , 186, 18-25.

Kapfhammer, H.-P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience* , 8 (2), 227-239.

Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission - a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 114 (4), 232-241.

Kellogg, S. C. (1997). The Due Process Right to a Safe and Humane Environment for Patients in State Custody: The Voluntary/Involuntary Distinction. *American Journal of Law and Medicine* , 23 (2-3), 339-362.

Kelly, B. D., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Kamali, M., Gervin, M., et al. (2004). Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *European Psychiatry* , 19 (2), 67-71.

Kiehl, K. A., Smith, A. M., Hare, R. D., Mendrek, A., Forster, B. B., Brink, J., et al. (2001). Limbic Abnormalities in Affective Processing by Criminal Psychopaths as Revealed by Functional Magnetic Resonance Imaging. *Biological Psychiatry* , 50 (9), 677-684.

Kim, S. Y. (2010). *Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research*. New York: Oxford University Press.

Kinscherff, R. (2010). Proposition: A Personality Disorder May Nullify Responsibility for a Criminal Act. *Journal of Law, Medicine and Ethics* , 38 (4), 745-759.

Koren, D., Poyurovsky, M., Seidman, L. J., Goldsmith, M., Wenger, S., & Klein, E. M. (2005). The Neuropsychological Basis of Competence to Consent in First-Episode Schizophrenia: A Pilot Metacognitive Study. *Biological Psychiatry* , 57, 609-616.

Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Hanssen, M., De Graaf, R., Vollebergh, W., Bak, M., et al. (2005). Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *British Journal of Clinical Psychology* , 44 (1), 113-125.

Krueger, R. F. (1995). The Structure of Common Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry* , 56 (10), 921-926.

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing Psychopathology in Adulthood: A Dimensional-Spectrum Conceptualization and Its Implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology* , 114 (4), 537-550.

L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. (2005). *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*. Haute Autorité de Santé.

L'Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA). (2010). *Anorexie mentale: prise en charge*. (H. A. Santé, Ed.).

Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sistema Sanitario Navarra* , 29 (3), 7-17.

La Fond, J. Q., & Srebnik, D. (2002). The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *International Journal of Law and Psychiatry* , 25 (6), 537-555.

Lachar, D., Bailey, S. E., Rhoades, H. M., Espadas, A., Aponte, M., Cowan, K. A., et al. (2001). New Subscales for an Anchored Version of the Brief Psychiatric Rating Scale: Construction, Reliability, and Validity in Acute Psychiatric Admissions. *Psychological Assessment* , 13 (3), 384-395.

Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J. O., et al. (2006). Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophrenia Research* , 88 (1-3), 55-62.

Lenzenweger, M. F., Dworkin, R. H., & Wethington, E. (1991). Examining the Underlying Structure of Schizophrenic Phenomenology: Evidence for a Three-Process Model. *Schizophrenia Bulletin* , 17 (3), 515-524.

Lepping, P. (2003). Consent in psychiatry - an ethical review. *Psychiatric Bulletin* , 27, 285-289.

Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Estchel, E., & Engel, R. (2005). Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scales scores. *British Journal of Psychiatry* , 187, 366-371.

Long, J. D., & Brekke, J. S. (1999). Longitudinal Factor Structure of the Brief Psychiatric Rating Scale in Schizophrenia. *Psychological Assessment* , 11 (4), 498-506.

Bibliografía

Louis, C. (2008). Decision Making-Capacity. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* , 1-19.

Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin* , 12 (4), 578-593.

Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Appendix A. Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin* , 12 (4), 594-602.

López-Ibor, J. J. (2012). Suicidio: problemas clínicos y medicolegales. *Revista Española de Medicina Legal* , 38 (4), 129-130.

Maj, M., Pirozzi, R., Magliano, L., Fiorillo, A., & Bartoli, L. (2007). Phenomenology and Prognostic Significance of Delusions in Major depressive Disorder: A 10-Year Prospective Follow-Up Study. *The Journal of Clinical Psychiatry* , 68 (9), 1411-1417.

Mandarelli, G., Parmigiani, G., Tarsitani, L., Frati, P., Biondi, M., & Ferracuti, S. (2012). The Relationship between Executive Functions and Capacity to Consent to Treatment in Acute Psychiatric Hospitalization. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics* , 7 (5), 63-70.

McDermott, B. E., Gerbasi, J. B., Quanbeck, C., & Scott, C. L. (2005). Capacity of Forensic Patients to Consent to Research: The Use of the MacCAT-CR. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 33, 299-307.

McDermut, J. F., Haaga, D. A., & Bilek, L. A. (1997). Cognitive Bias and Irrational Beliefs in Major Depression and Dysphoria. *Cognitive Therapy and Research* , 21 (4), 459-476.

McEvoy, J. P., Applebaum, P. S., Apperson, L. J., Gueller, J. L., & Freter, S. (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive psychiatry: official journal of the American Psychopathological Association* , 30 (1), 13-17.

Mondragón-Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de Investigación Clínica* , 61 (1), 73-82.

Montemagni, C., Frieri, T., Villari, V., & Rocca, P. (2012). Compulsory admissions of emergency psychiatric inpatients in Turin: The role of diagnosis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* , 39, 288-294.

Moretón Sanz, M. F. (2010). Dos nuevos pronunciamientos del TC sobre el internamiento forzoso en establecimiento de salud mental como medida privativa de libertad: cuestiones sobre ingresos no voluntarios en centros geriátricos. *Revista de Derecho UNED* , 7, 461-488.

Morlan, K. K., & Tan, S.-Y. (1998). Comparison of the Brief Psychiatric Rating Scale and the Brief Symptom Inventory. *Journal of Clinical Psychology* , 54 (7), 885-894.

Morris, S. E., & Heinssen, R. K. (2014). Informed consent in the psychosis prodrome: ethical, procedural and cultural considerations. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* , 9 (19), 1-9.

Moser, D. J., Schultz, S. K., Arndt, S., Benjamin, M. L., Fleming, F. W., Colleen, B. S., et al. (2002). Capacity to Provide Informed Consent for Participation in Schizophrenia and HIV Research. *The American Journal of Psychiatry* , 159 (7), 1201-1207.

Moye, J., & Marson, D. C. (2007). Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* , 62B (1), 3-11.

Moye, J., Gurrera, R. J., Karel, M. J., Edelstein, B., & O'Connell, C. (2006). Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment: Clinical implications and research needs. *Clinical Psychology Review* , 26, 1054-1077.

Moye, J., Karel, M. J., Azar, A. R., & Gurrera, R. J. (2004). Capacity to Consent to Treatment: Empirical Comparison of Three Instruments in Older Adults With and Without Dementia. *The Gerontologist* , 44 (2), 166-175.

Moye, J., Karel, M. J., Gurrera, R. J., & Azar, A. R. (2006). Neuropsychological Predictors of Decision-Making Capacity over 9 Months in Mild-to-Moderate Dementia. *Journal of General Internal Medicine* , 21 (1), 78-83.

Mueser, K. T., Curran, P. J., & McHugo, G. J. (1997). Factor Structure of The Brief Psychiatric Rating Scale in Schizophrenia. *Psychological Assessment* , 9 (3), 196-204.

Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Miles, K. M., & Hill, D. (2000). Substance Use Disorder In Hospitalized Severely Mentally Ill Psychiatric Patients: Prevalence, Correlates, and Subgroups. *Schizophrenia Bulletin* , 26 (1), 179-192.

Naciones Unidas. (1991, Diciembre 17). Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. *Asamblea General - Cuadrigésimo sexto período de sesiones* .

Nestor Osorio, S. (2005). Van Rensselaer Potter: Una visión Revolucionaria para la Bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética* , 8, 1-24.

Nicholson, I. R., Chapman, J. E., & Neufeld, R. W. (1995). Variability in BPRS definitions of positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research* , 17 (2), 177-185.

Nicholson, R. A., & Kugler, K. E. (1991). Competent and incompetent criminal defendants: A quantitative review of comparative research. *Psychological Bulletin* , 109 (3), 355-370.

Nicholson, R. A., Robertson, H. C., Johnson, W. G., & Jensen, G. (1988). A comparison of instruments for assessing competency to stand trial. *Law and Human Behavior* , 12 (3), 313-321.

Nolan, K. A., Czobor, P., Roy, B. B., Platt, M. M., Shope, C. B., Citrome, L. L., et al. (2003). Characteristics of Assaultive Behavior Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services* , 54 (7), 1012-1016.

O'Leary, D. S., Flaum, M., Kesler, M. L., Flashman, L. A., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (2000). Cognitive Correlates of the negative, Disorganized and Psychotic Symptom Dimensions of Schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* , 12, 4-15.

Opjordsmoen, S., Friis, S., Melle, I., Haahr, U., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., et al. (2010). A 2-year follow-up of involuntary admission's influence upon adherence and outcome in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 121, 371-376.

Opsal, A., Clausen, T., Kristensen, O., Elvik, I., Joa, I., & Larsen, T. K. (2011). Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 124, 198-204.

Opsal, A., Kristensen, O., Ruud, T., Larsen, T. K., Grawe, R. W., & Clausen, T. (2011). Substance abuse in patients admitted voluntarily and involuntarily to acute psychiatric wards: a national cross-sectional study. *Norsk Epidemiologi* , 21 (1), 85-91.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. (2015, Marzo). *Centro de prensa*. Retrieved Agosto 2015 from Demencia. Nota descriptiva n° 362: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/index.html

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (Décima edición ed.). Ginebra.

Ortiz Rubio, J. (2009). Consentimiento Informado en la especialidad de Psiquiatría. 18-21.

Otto, R. K., Poythress, N. G., Nicholson, R. A., Edens, J. F., Monahan, J., Bonnie, R. J., et al. (1998). Psychometric Properties of the MacArthur Competence Assessment Tool-Criminal Adjudication. *Psychological Assessment* , 10 (4), 435-443.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* , 10, 799-812.

Owens, D. C., Miller, P., Lawrie, S. M., & Johnstone, E. C. (2005). Pathogenesis of schizophrenia: a psychopathological perspective. *British Journal of Psychiatry* , 186, 386-393.

Palmer, B. W., & Jeste, D. V. (2006). Relationship of Individual Cognitive Abilities to Specific Components of Decisional Capacity Among Middle-Aged and Older Patients With Schizophrenia. 32 (1), 98-106.

Palmer, B. W., Dunn, L. B., Appelbaum, P. S., & Jeste, D. V. (2004). Correlates of treatment-related decision-making capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* , 61 (3), 230-236.

Palmer, B. W., Dunn, L. B., Depp, C. A., Eyler, L. T., & Jeste, D. V. (2007). Decisional Capacity to Consent to Research Among Patients With Bipolar Disorder: Comparison With Schizophrenia Patients and Healthy Subjects. *The Journal of Clinical Psychiatry* , 68 (5), 689-696.

Palmer, B. W., Savla, G. N., Roesch, S. C., & Jeste, D. V. (2013). Changes in capacity to consent over time in patients involved in psychiatric research. *The British Journal of Psychiatry* , 202, 454-458.

Perlin, M. L. (1991). Competency, Deinstitutionalization, and Homelessness: A Story of Marginalization. *Houston Law Review* , 28 (1), 63-142.

Perlis, R. H., Brown, E., Baker, R. W., & Nierenberg, A. A. (2006). Clinical Features of Bipolar Depression Versus Major Depressive Disorder in Large Multicenter Trials. *The American Journal of Psychiatry* , 163 (2), 225-231.

Perlis, R. H., Fava, M., Trivedi, M. H., Alpert, J., Luther, J. F., & Wisniewski, S. R. (2009). Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 119 (4), 282-289.

Perlis, R. H., Fraguas, R., Fava, M., Trivedi, M. H., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., et al. (2005). Prevalence and Clinical Correlates of Irritability in Major Depressive Disorder: A Preliminary Report From the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Study. *The Journal of Clinical Psychiatry* , 66 (2), 159-166.

Pignon, B., Rolland, B., Tebeka, S., Zouitina-Lietaert, N., Cottencin, O., & Vaiva, G. (2014). Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. *La Presse Médicale* , 43 (11), 1195-1205.

Pinals, D. A. (2009). Informed Consent: Is your patient competent to refuse treatment? *Current Psychiatry* , 8 (4), 33-43.

Bibliografia

Pollack, M. E., & Billick, S. B. (1999). Competency to Consent to Treatment. *Psychiatric Quarterly* , 70 (4), 303-311.

Poythress, N. G., Cascardi, M., & Ritterband, L. (1996). Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zimermon Screen. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 24 (4), 439-452.

Reich, J., & Wells, J. (1985). Psychiatric diagnosis and competency to stand trial. *Comprehensive Psychiatry* , 26 (5), 421-432.

Richard-Devantoy, S. (2010). *Dangeroist  psychiatrique:  tude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur*. Haute Autorité de Santé.

Riecher-Rössler, A., & Rössler, W. (1993). Compulsory admssion of psychiatric patients - an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 87, 231-236.

Roberts, M. E., Tchanturia, K., & Treasure, J. L. (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* , 44 (14), 964-970.

Roesch, R. (1979). Determining competency to stand trial: An examination of evaluation procedures in an institutional setting. *journal of Consulting and Clinical Psychology* , 47 (3), 542-550.

Roesch, R., Zapf, P. A., Golding, S. L., & Skeem, J. L. (1999). Defining and assessing competency to stand trial. In *Handbook of forensic psychology* (Second edition ed.). New York: Hess. A. K. & I. B. Weiner.

Rogers, R., Gillis, J. R., McMain, S., & Dickens, S. E. (1988). Fitness evaluation: A retrospective study of clinical, criminal, and sociodemographic characteristics. *Canadian Journal of Behavioral Science* , 20, 192-200.

Rogers, R., Grandjean, N., Tillbrook, C. E., Vitacco, M. J., & Sewell, K. W. (2001). Recent Interview-Based Measures of Competency to Stand Trial: A critical Review Augmented with Research Data. *Behavioral Sciences and the Law* , 19 (4), 503-518.

Rosenfeld, B., & Wall, A. (1998). Psychopathology and competence to stand trial. *Criminal Justice and Behavior* , 25, 503-518.

Roth, L. H., Meisel, A., & Lidz, C. W. (1977). Test of Competency to Consent to Treatment. *The American Journal of Psychiatry* , 134 (3), 279-284.

Rutledge, E., Kennedy, M., O'Neill, H., & Kennedy, H. G. (2008). Functional mental capacity is not independent of the severity of psychosis. *International Journal of Law and Psychiatry* , 31, 9-18.

Ryba, N. L., & Zapf, P. A. (2011). The Influence of Psychiatric Symptoms and Cognitive Abilities on Competence-Related Abilities. *International Journal of Forensic Mental Health* , 10, 29-40.

Saks, E. R., Dunn, L. B., & Palmer, B. W. (2006). Meta-Consent in Research on Decisional Capacity: A "Catch-22". *Schizophrenia Bulletin* , 32 (1), 42-46.

Saks, E. R., Dunn, L. B., Marshall, B. J., Nayak, G. V., Golshan, S., & Jeste, D. V. (2002). The California Scale of Appreciation. A New Instrument to Measure the Appreciation Component of Capacity to Consent Research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* , 10 (2), 166-174.

Bibliografía

Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry* , 184, 163-168.

Salize, H. J., Dressing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States*. European Commission - Health and Consumer Protection Directorate - General, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany.

Schuepbach, D., Goetz, I., Boeker, H., & Hell, D. (2006). Voluntary vs. involuntary hospital admission in acute mania of bipolar disorder: Results from the Swiss sample of the EMBLEM study. *Journal of Affective Disorders* , 90 (1), 57-61.

Senninger, J. L. (2007). *Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale*. . Elsevier Masson SAS.

Serrano Cinca, C. (n.d.). *Proyecto CiberConta*. (C. Serrano Cinca, Producer, & Universidad de Zaragoza. Departamento de Contabilidad y Finanzas.) Retrieved Agosto 20, 2015 from <http://ciberconta.unizar.es/LECCION/factorial/FACTORIALEC.pdf>

Serretti, A., Lattuada, E., Cusin, C., Macciardi, F., & Smeraldi, E. (1998). Analysis of Depressive Symptomatology in Mood Disorders. *Depression and Anxiety* , 8 (2), 80-85.

Servicio Andaluz de Salud. (2010). Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS). In *Detección e Intervención Temprana en la Psicosis* (Detección e Intervención Temprana en psicosis. ed.).

Shafer, A. (2005). Meta-Analysis of the Brief Psychiatric Rating Scale Factor Structure. *Psychological Assessment* , 17 (3), 324-335.

Sims, A. (2008). *Síntomas mentales. Introducción a la psicopatología descriptiva*. . Tricastela.

Simón Lorda, P. (1999). La fundamentación ética del Consentimiento Informado. *Revista de Calidad Asistencial* , 14, 100-109.

Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , 28 (102), 325-348.

Siurana Aparisi, J. (2006). Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. *Veritas* , 1 (15), 223-244.

Sorgaard, k. W., Rezvy, G., Bugdanov, A., Sorlie, T., & Bratlid, T. (2013). Treatment nedds, diagnoses and use of services for acutely admitted psychiatric patients in northwest Russia and northern Norway. *International Journal of Mental Health Systems* , 7 (4), 1-8.

St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research* , 197, 78-84.

Steinert, T., Wölflle, M., & Gebhardt, R.-P. (2000). Measurement of violence during inpatient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 102, 107-112.

Steinert, T., Wiebe, C., & Gebhardt, R. P. (1999). Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatric services* , 50, 85-90.

Stone, D. H. (1999). He benefits of voluntary inpatient psychiatric hospitalization: myht o reality? *Boston University Public Interest Law Journal* , 9 (25), 25-51.

Sturman, E. D. (2005). The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review* , 25, 954-974.

Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., et al. (2011). Cognitive Flexibility and Clinical Severity in Eating Disorders. *PLoS ONE* , 6 (6), e20462.

Tepper, A. M., & Elwork, A. (1984). Competence to Consent to Treatment As a Psycholegal Construct. *Law and Human Behavior* , 8 (3/4), 205-223.

The National Commission for The Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *Informe Belmont: Principios Éticos y Orientaciones para la Protección de Sujetos Humanos en la Experimentación*. DHEW Publication No. (OS) 78-0012.

Thomas Reich, W. (2003). La palabra "Bioética": su nacimiento y el legado de quienes la inventaron. *Revista Selecciones de Bioética* , 4, 4-16.

Tomoda, A., Yasumiya, R., Sumiyama, T., Tsukada, K., Hayakawa, T., Matsubara, K., et al. (1997). Validity and Reliability of Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory. *Journal of Clinical Psychology* , 53 (5), 443-450.

Torrissen, T. (2007). Involuntary admissions to an acute psychiatric ward. *Tidsskr Nor Laegeforen* , 127, 2086-9.

Tribunal Internacional de Nüremberg. (1947). From www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf

Tunde-Ayinmode, M., & Little, J. (2004). Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australasian Psychiatry* , 12 (4), 347-351.

Tunzi, M. (2001). Can the Patient Decide? Evaluating Patient Capacity in Practice. *American Family Physician* , 64 (2), 299-306.

Van der Post, L., Mulder, C. L., Bernardt, C. M., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2009). Involuntary Admission of Emergency Psychiatric Patients: Report From the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services* , 60 (11), 1543-1546.

Van der Post, L., Schoevers, R., Kopplemans, V., Visch, I., Bernardt, C., Mulder, N., et al. (2008). The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry* , 8 (35), 1-10.

Ventura Faci, T., Navío Acosta, M., Álvarez Marrodán, I., & Baón Pérez, B. (2014). La evaluación de la capacidad y sus problemas. *Eidón* , 41, 12-27.

Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Gutkind, D., & Gilbert, E. A. (2000). Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatry Research* , 97 (2-3), 129-135.

Verdoux, H., Lengronne, J., Liraud, F., Gonzales, B., Assens, F., Abalan, F., et al. (2000). Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 102, 203-210.

Vidal, S. M. (1999). Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. *Jurisprudencia Argentina* (6166), 58-68.

Bibliografía

Viljoen, J. L., Roesch, R., & Zapf, P. A. (2002). An examination of the relationship between competency to stand trial, competency to waive interrogation rights, and psychopathology. *Law and Human Behavior* , 26, 481-506.

Viljoen, J. L., Zapf, P. A., & Roesch, R. (2004). Diagnosis, Current Symptomatology and the Abilities to Stand Trial. *Journal of Forensic Psychology Practice* , 3 (4), 23-37.

Warren, J. I., Fitch, W. L., Dietz, P. E., & Rosenfeld, B. D. (1991). Criminal Offense, Psychiatric Diagnosis, and Psycholegal Opinion: An Analysis of 894 Pretrials Referrals. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* , 19 (1), 63-69.

Warren, J. I., Rosenfeld, B., Fitch, W. L., & Hawk, G. (1997). Forensic mental health clinical evaluation: An analysis of interstate and intersystemic difference. *Law and Human Behavior* , 21 (4), 377-390.

Way, B. B., & Banks, S. (2001). Clinical Factors Related to Admission and Release Decisions in Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services* , 52, 214-218.

Wheeler, A., & Robinson, E. (2005). Admissions to acute psychiatric inpatient services in Auckland, New Zealand: a demographic and diagnostic review. *New Zealand Medical Journal* , 118 (1226), 1-9.

Wilches Flórez, Á. (2011). La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. *Opción* , 27 (66), 70-84.

Winick, B. J. (1991). Voluntary Hospitalization after Zinermon versus Burch. *Psychiatric Annals* , 21 (10), 584-589.

Wirshing, D. A., Sergi, M. J., & Mintz, J. (2005). A Videotape Intervention to Enhance the Informed Consent Process for Medical and Psychiatric Treatment Research. *The American Journal of Psychiatry* , 162, 186-188.

Wirshing, D. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R., Liberman, R. P., & Mintz, J. (1998). Informed Consent: Assessment of Comprehension. *The American Journal of Psychiatry* , 155 (11), 1508-1511.

Wood, J. G., Joyce, P. R., Miller, A. L., Mulder, R. T., & Kennedy, M. A. (2002). A Polymorphism in the Dopamine B-Hydroxylase Gene Is Associated with "Paranoid Ideation" in Patients with Major Depression. *Biological Psychiatry* , 51 (5), 365-369.

Yung, A. R., Buckby, J. A., Cosgrave, E. M., Killackey, E. J., Baker, K., Cotton, S. M., et al. (2007). Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophrenia Research* , 91 (1-3), 246-253.

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research* , 67, 131-142.

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., et al. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research* , 60 (1), 21-32.

Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., et al. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* , 39 (11/12), 964-971.

Zanello, A., Berthoud, L., Ventura, J., & Merlo, M. C. (2013). The Brief Psychiatric Rating Scale (version 4.0) factorial structure and its sensitivity in the treatment of outpatients with unipolar depression. *Psychiatry Research* , 210 (2), 626-633.

Bibliografia

Zapf, P. A., & Roesch, R. (2005). An Investigation of the Construct of Competence: A Comparison of the FIT, the MacCAT-CA, and the MacCAT-T. *Law and Human Behavior*, 29 (2), 229-252.

Zapf, P. A., Skeen, J. L., & Golding, S. L. (2005). Factor Structure and Validity of the MacArthur Competence Assessment Tool - Criminal Adjudication. *Psychological Assessment*, 17 (4), 433-445.

